К. И. Платонов

СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

МЕДГИЗ · 1957

СЛОВО
КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ
И
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

(ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПИИ
НА ОСНОВЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА)

*ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ЗАНОВО ПЕРЕРАБОТАННОЕ
И ДОПОЛНЕННОЕ*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Медгиз — 1957 — Москва

Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обусловливают те раздражения.

И. П. Павлов

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая монография выходит вторым изданием более чем через 25 лет после первого издания, опубликованного в 1930 г., т. е. в самом начале развития учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах действительности. Поэтому в первом издании монографии эта гениальная павловская концепция, естественно, не могла получить достаточного отражения.

Кроме того, приступить ко второму изданию побудили нас новые факты, накопленные после этого физиологами при разработке различных вопросов высшей нервной деятельности, а также необходимость широкого внедрения физиологического учения И. П. Павлова в медицинскую практику.

При подготовке ко второму изданию монография подверглась коренной переработке. В нее введен ряд новых глав, а в прежние разделы внесены существенные изменения и добавления. Намечая последовательность изложения материала, мы считали необходимым показать пути устранения функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека с помощью методов психотерапии. При этом наши исследования касались как ближайшей подкорковой области, так и обеих сигнальных систем действительности, в нормальном взаимодействии которых лежит основа здоровой личности, цельность нашего «я».

В 1925—1932 гг. наша экспериментальная работа проводилась главным образом в лаборатории физиологии труда (зав. М. М. Денисенко) Украинского психоневрологического института, в физиологической лаборатории (зав. Г. В. Фольборт) Украинского института труда, в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности при кафедре физиологии Харьковского педагогического института (зав. Е. С. Катков), а позднее — в ряде лабораторий Центральной клинической психоневрологической больницы Министерства путей сообщения. Клинические и поликлинические наблюдения проводились в период с 1910 по 1954 г. в основном в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института, в клинике нервных болезней Харьковского медицинского института и в отделении неврозов Центральной клинической психоневрологической больницы Министерства путей сообщения.

Нужно сказать, что после выхода в свет первого издания было накоплено не столь много новых экспериментальных данных. Тем не менее учение о слове привлекает внимание широкого круга исследователей, особенно физиологов, врачей и педагогов, так как сейчас мы уже имеем возможность достаточно правильно понимать и оценивать вопросы психотерапии и, в частности, гипноза и внушения.

Конечно, мы далеки от мысли, что материал монографии может дать сколько-нибудь исчерпывающее разрешение вопросов психотерапии, как и тесно связанной с ней проблемы неврозов. Мы даем в ней лишь исходные

факты и положения, которые могут служить стимулом для дальнейшей и более глубокой разработки этих проблем. Тем не менее в монографии подведены итоги наших экспериментальных и клинических работ в этой области, выполненных более чем за 40 лет. Именно с 1910 г., когда, по предложению В. М. Бехтерева, в его клиниках нами была выполнена диссертационная работа, один из разделов которой был посвящен механизмам словесного внушения во внушенном сне, и началась наша исследовательская работа в этой области. Конечно, мы вполне отдаем себе отчет в том, что успешное разрешение всех этих сложных проблем возможно лишь при длительной совместной творческой работе физиологов и клиницистов, проводимой на основе павловского физиологического учения.

Задача нашей монографии — показать, что именно может дать и дает при определенных условиях психотерапия. С эффективностью последней подчас не знакомы в должной мере не только врачи-соматологи, но нередко даже и психиатры. Поэтому для широкого внедрения в медицинскую практику методов психотерапии нужны именно факты, прямым образом свидетельствующие об ее действенности. Нашей задачей было эти факты дать, ибо, по выражению И. П. Павлова, «факты — это воздух ученого». Вместе с тем мы имели в виду познакомить читателя с нашим путем в изучении и применении психотерапии на основе учения И. П. Павлова.

Учитывая, что результаты психотерапии до сих пор для очень многих врачей представлялись недостаточно осязательными, мы делаем акцент на методе терапевтического словесного внушения, проводимого у больных не только в состоянии бодрствования, но и главным образом во внушенном сне. В настоящее время в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности именно метод гипносуггестивной терапии наиболее научно обоснован и к тому же дает в соответствующих случаях наиболее быстрый и стойкий эффект, удовлетворяющий и самого больного, и врача. Чтобы устранить все еще существующее среди врачей сдержанное, а подчас даже и скептическое отношение к этому методу, мы приводим многочисленные факты, пытаясь осветить их с физиологических позиций школы И. П. Павлова. Кроме того, мы также учитывали указания В. М. Бехтерева и неизменно опирались на его многочисленные работы. Как известно, В. М. Бехтерев до конца своих дней настойчиво проводил в жизнь различные методы психотерапии и, в частности, словесного внушения во внушенном сне.

Конечно, не следует считать, что психотерапия во всех случаях дает положительный эффект. Поэтому если в некоторых разделах монографии мы приводим главным образом положительные результаты психотерапии, то это сделано с целью не только показать степень ее действенности в соответствующих случаях, но и для анализа механизмов этого воздействия.

Вместе с тем задача нашей монографии — подчеркнуть, что медицина располагает по существу четырьмя основными лечебными методами: медикаментозным, хирургическим, физиотерапевтическим и психотерапевтическим, причем психотерапия, и, в частности, суггестивная терапия, пронизывает все прочие лечебные методы.

Поэтому мы будем считать себя в высокой степени удовлетворенными, если этот наш посильный труд сумеет привлечь к себе внимание врачей различных специальностей и побудит к широкому внедрению методов психотерапии и психопрофилактики в их повседневную врачебную деятельность.

Огромное значение учения о высшей нервной деятельности обязывает нас к максимально плодотворной работе над внедрением его во все разделы

клинической медицины и, в частности, в клинику неврозов, этих главных объектов психотерапии.

Мы полагаем, что предлагаемые вниманию читателя материалы к учению о слове как физиологическом и лечебном факторе могут представить определенный интерес и значение не только для врачей, но и для педагогов и других специалистов, близко соприкасающихся с вопросами воспитания человека.

В заключение считаем своим приятным долгом выразить сердечную признательность всем нашим ближайшим сотрудникам, участникам нашей общей многолетней работы, проводимой с 1923 г.: И. З. Вельвовскому, П. Я. Гальперину, Д. С. Губергрицу, З. Н. Закаменной, П. П. Истомину, Л. А. Квинт, П. Л. Крючковичу, А. Н. Мацкевич, М. О. Пайкину, Ф.Б. Цейкинской, А.М. Цынкину, Р.Я. Шлифер. В последующем эту работу проводили И. М. Аптер, А. Е. Бреслав, Н. М. Зеленский, Е. С. Катков, К. Д. Катков, А. Г. Константинова, З. А. Копиль-Левина, И. Н. Мураховская, А. П. Прусенко, М. Д. Трутень, Н. Л. Утевский, М. М. Хаймович, И. В. Халфон, М. И. Холоденко. И, наконец, в послевоенные годы весьма деятельное участие в этой работе принимали М. М. Амстиславская, Е. А. Воронина, М. И. Кашпур, К. И. Лаврова, А. А. Соседкина.

Нельзя не отметить, что врачи других специальностей последовали нашему призыву о внедрении методов психотерапии в их врачебную практику. Среди них мы можем указать акушеров М. В. Вигдоровича (Ленинград), М. Я. Милославского, А. С. Моцак, В. А. Плотичер, К. П. Проняеву, М. М. Сыркина (Киев), И. Т. Цветкова, М. В. Шестопал, Э. А. Шугом (Харьков); хирургов С.М.Берга (Симферополь), Г.М. Гуревича, И. С. Мастбаума (Харьков) и Ф. Ф. Сивенко (Белгород); терапевтов А. Г. Гениева (Баку), С. П. Иоффе (Львов), В. М. Шапиро (Серпухов); дерматологов Н. Г. Безюка (Киев) и И. А. Жукова (Сочи-Хоста); психиатра И. С. Мезина (Станислав); психоневрологов В. М. Кислова (Донбасс, Пятигорск) и А. К.Трошина (Свердловск) и психолога М. С. Лебединского. В контакте с нами в течение многих лет проводил свою работу психиатр А. Ф. Гоциридзе (Тбилиси) с его многочисленными учениками (Н. Г. Вешапели, И. И. Николава, Я. А. Тер-Овакимов и др.).

Близкое участие в работе по оформлению второго издания монографии принимали Е. С. Катков и В. А. Подерни, советами которых в затруднительных случаях мы пользовались. Отдельные теоретические вопросы, освещение которых в новом издании монографии было необходимым, нами были разработаны в сотрудничестве с ними. За все это приносим им особую благодарность.

Мы выражаем также нашу признательность А. И. Вольфовскому, взявшему на себя труд по просмотру рукописи и сделавшему ряд ценных замечаний.

Май 1955 г.

Автор

ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия является старейшим методом лечения больного человека, ей издавна придавалось большое значение. На важную роль психического фактора в развитии болезненных состояний и их лечении указывали выдающиеся отечественные медицинские деятели (М. Я. Мудров, В. М. Манассеин, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и др.). Однако если возможность благотворного воздействия слова врача на больного и на происходящие в его организме болезненные процессы в настоящее время, повидимому, уже ни у кого не вызывает сомнения, то механизм словесного воздействия остается еще недостаточно ясным.

Наряду с этим, не вполне очерчены границы применения психотерапии. Отсюда возникают противоречивые и нередко неправильные представления о сущности и значении различных методов психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии и в гипнозе, рациональная психотерапия по Дюбуа и пр.) при лечении тех или иных функциональных расстройств высшей нервной деятельности.

Нужно сказать, что из всех лечебных методов наиболее трудно объективно изучать процессы, лежащие в основе психотерапии. Психотерапия до последнего времени представлялась недоступной для объективной оценки. Поэтому влияние на состояние корковой динамики больного далеко не всегда могло быть как-либо объективно зарегистрировано.

Вместе с тем до самого последнего времени не было единого понимания сущности самих функциональных нарушений высшей нервной деятельности, как не было точно установленной их номенклатуры и классификации. Этим, естественно, можно объяснить трудность положения психотерапевта при анализе заболевания и при выборе рационального в каждом отдельном случае способа психотерапии.

Однако главная причина, препятствовавшая в прошлом научному обоснованию психотерапии, заключалась в господствовавшем тогда дуалистическом воззрении на природу человеческой личности. Это выражалось прежде всего в оторванном от физиологической основы субъективно психологическом понимании закономерностей психических процессов как в их нормальных, так и в патологических проявлениях.

И только с дальнейшим развитием физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности психотерапия вышла на новый путь, сделавший возможным материалистическое понимание лежащих в ее основе механизмов и открывший новые широкие практические возможности. Павловская физиология создала физиологическую базу и открыла механизмы высшей нервной деятельности, после чего стало

возможным понимание сущности психотерапии и ее правильное применение.

Что касается советской психотерапии, то она развивалась в совершенно иных условиях, чем психотерапия в зарубежных странах и в дореволюционной России. Она строится на основах диалектического материализма, материалистического учения о высшей нервной деятельности, единства психики и соматики, детерминированности сознания условиями бытия.

Поэтому советская психотерапия решительно отбросила проникшие к нам порочные идеалистические концепции зарубежной психотерапии [Фрейд (Freud), Адлер (Adler) и др.], извращенно трактующие учение о неврозах и приемы психотерапевтической помощи. Как известно, именно этими концепциями в свое время в такой степени было запутано понимание природы неврозов и их лечение, что долгое время эти проблемы казались неразрешимыми.

В. М. Бехтерев (1911, 1915, 1929), по праву считающийся основоположником отечественной психотерапии, критически относился к учению Фрейда. Он, будучи психоневрологом, наметил некоторые важные исходные условия и возможности применения психотерапевтических методов, а также направления их дальнейшего развития.

Тем не менее необходимо признать, что до возникновения павловского учения сложность структуры человеческой личности, разнообразие врожденных и приобретенных типовых особенностей нервной системы, так же как и сложность и изменчивость конкретных условий взаимоотношения организма человека с окружающей его социальной и физической средой,— все это составляло для нас совершенно непреодолимые трудности в отношении понимания и изучения. И только в настоящее время на основе физиологических исследований павловской школы мы получили возможность вскрывать конкретную структуру невроза и конкретные механизмы его возникновения и развития.

Достижения павловской «настоящей физиологии» головного мозга заставили в корне изменить подход к изучению неврозов и применению психотерапии, после чего психотерапевтическая помощь в том виде, как она нами применяется в настоящее время, стала действенным методом лечения.

Следует отметить, что метод психотерапии эффективен не только в случаях функционального нарушения высшей нервной деятельности, но и при психогенных расстройствах функций различных органов и систем. В настоящее время во многих лабораториях предпринимаются исследования, помогающие обоснованию психотерапии, а вместе с ней и психопрофилактики (А. Г. Иванов-Смоленский, Н. И. Красногорский, С. Н. Давиденков, Ф. П. Майоров, Б. Н. Бирман, Л. Б. Гаккель, В. Н. Мясищев, Ю. А. Поворинский и др.).

Как будет видно из последующего изложения, в связи с изучением слова как физиологического и лечебного фактора и с анализом механизмов функциональных расстройств деятельности высших отделов центральной нервной системы под методы психотерапии подводится прочная физиологическая база.

При этом мы все более убеждаемся, что слово оказывается подчас чрезвычайно могущественным лечебным фактором, производящим прямое и непосредственное воздействие на характер динамики корковых процессов. Это открывает прямой путь к перестройке физиологических процессов, в том числе и к мобилизации необходимых внутренних ресурсов в организме больного.

Слово врача с учетом важнейших особенностей ближайшего и отдаленного анамнеза больного может приобрести большую терапевтическую значимость, которую далеко не все вполне осознают и оценивают.

Наш труд имеет целью приблизить читателя к пониманию механизмов физиологического и лечебного воздействия слова. Нет сомнения в том, что пути воздействия слова на высшую нервную деятельность человека нами далеко еще не раскрыты полностью. Все это составляет задачу дальнейших исследований.

Подытоживая в данном труде наш 45-летний опыт успешного применения психотерапии, мы сделали со своей стороны все возможное для того, чтобы дать стимул к более широкой и углубленной разработке вопросов теории и практики психотерапии и, в частности, методов внушения и гипноза, а также передать его другим. Мы поставили задачу показать, что применение психотерапии, наряду с другими научно обоснованными методами лечения больного человека, является для советской медицинской науки в настоящее время совершенно необходимым. Знакомство с методами психотерапии важно не только для психоневрологов, специально занимающихся лечением неврозов, но и для врачей всех других специальностей, ибо в свете учения о единстве психики и соматики всякое соматическое заболевание неразрывно связано с состоянием высшей нервной деятельности больного.

Мы считаем необходимым особенно подчеркнуть, что, как показывает практика, среди врачей, в том числе среди психоневрологов, еще сильны узколокалистические представления. Они нередко заставляют искать органическую природу заболевания там, где она в действительности является функциональной. При этом особенно должна быть отмечена все еще имеющаяся недооценка врачами роли психотравмирующих факторов в возникновении различных расстройств функций внутренних органов и систем. Недооценивается также роль слова врача, нередко являющегося источником ятрогенных заболеваний.

В целом наш труд является попыткой активизировать врачебную мысль в этом направлении. Мы сознаем, что путь широк и труден. Но работа в этом направлении очень благодарная, так как, помогая лечению и исцелению больного, она может быть высоко плодотворной и притом в значительно бóльших пределах, чем это может казаться вначале.

СЛОВО
КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ
ФАКТОР

УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА О СНЕ, ГИПНОЗЕ И СЛОВЕСНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

ГЛАВА I

СЛОВО КАК УСЛОВНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ

Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие...

И. П. Павлов

Учение о высшей нервной деятельности освещает закономерности процессов, протекающих в больших полушариях головного мозга человека, процессов, обеспечивающих сложные и тонкие отношения как с внешней физической и социальной, так и с внутренней средой самого организма человека. Мы полагаем, что основы учения И. П. Павлова читателю известны и отсылаем интересующихся к основным трудам ученого.

Еще при жизни И. П. Павлова учеником его К. М. Быковым была экспериментально доказана возможность условнорефлекторных связей решительно со всеми внутренними органами и системами. На основании этих фактов стало ясно, что раздражения, идущие из внутренних органов, создают в соответствующих пунктах коры мозга очаги возбуждения, которые при известных условиях вступают во временную связь с любыми другими очагами возбуждения, создаваемыми раздражителями внешней или внутренней среды.

В лабораториях К. М. Быкова (1947 а) также доказана возможность образования временной связи и через гуморальные пути с денервированными органами (почки, селезенка, поджелудочная железа). Это означает, что в условную реакцию вовлекаются инкреторные железы, гормоны которых в свою очередь оказывают действие через кровь на целую систему органов.

Таким образом, вся внутренняя среда подчиняется влияниям коры мозга, импульсами со стороны которой может быть изменено состояние любого внутреннего органа. Благодаря временным связям кора больших полушарий осуществляет тесное взаимоотношение между внешней и внутренней средой организма.

Многочисленными работами советских исследователей было показано, что условный рефлекс имеет сложный состав, включающий самые разнообразные проявления соматических и вегетативных функций, которые меняются в зависимости от биологического значения раздражителя. Благодаря деятельности коры головного мозга происходит объединение всех

функций в реакцию целостного организма, обеспечивающую уравновешивание его с окружающей средой.

Открыв закономерности высшей нервной деятельности у высших животных, И. П. Павлов доказал, что таким же закономерностям подчинена и высшая нервная деятельность человека. Однако последняя имеет особую социально обусловленную прибавку, которая имеет качественное своеобразие. Эта прибавка связана с трудовой и общественной деятельностью, касается речевой функции и вносит новый принцип в деятельность больших полушарий, составляя вторую сигнальную систему действительности, присущую только человеку. Повседневно сочетаясь в условиях взаимодействия со средой с разнообразными разражителями первой сигнальной системы, слово вследствие этого является для человека реальным и многообъемлющим условным раздражителем, составляющим основу целой сложной системы «межлюдской сигнализации», «сигналистики речи». Кроме того, словесные раздражения представляют отвлечение от действительности и допускают обобщение, составляя специально человеческое — высшее — мышление. Характерное для второй сигнальной системы отвлечение от действительности достигается вследствие того, что образ предметов и действий, выраженный в словах и понятиях, заменяет их конкретное воздействие на организм. Большое значение также имеет и то, что в силу сочетания одного словесного раздражителя с другим и тоже словесным раздражителем образуются очень сложные временные связи, надстраиваемые друг над другом в соответствии с возрастающим жизненным опытом человека.

Возникновение и развитие речевой функции привели к развитию языка, являющегося одним из необходимых условий существования общества. Будучи связан со сложной деятельностью мозга, каковой является мышление, язык регистрирует и закрепляет в словах и в соединении слов в предложениях результаты работы мышления, успехи познавательной работы человека и, таким образом, делает возможным обмен мыслями в человеческом обществе.

Это сложное смысловое и обобщающее значение слова и представляет его качественное отличие не только как специфического условного раздражителя второй сигнальной системы, но и как основной структурной единицы языка. Этим и обусловлена та сила, с какой слово как реальный условный раздражитель воздействует на процессы высшей нервной деятельности человека.

Следует отметить, что условные реакции второй сигнальной системы образуются у человека на материальной основе первой сигнальной системы. При этом вторая сигнальная система действует на первую сигнальную систему и на подкорку «во-первых, своим торможением, которое у нее так развито и которое отсутствует или почти отсутствует в подкорке (и которое меньше развито, надо думать, в первой сигнальной системе); во-вторых, она действует и своей положительной деятельностью — законом индукции»[1].

Однако, поскольку речь идет о деятельности все той же нервной ткани, нужно иметь в виду, что основные законы, установленные для первой сигнальной системы, управляют также и второй. Следовательно, вторая сигнальная система подчиняется тем же физиологическим законам, что и первая сигнальная система. Эти положения И. П. Павлова являются отправными для выяснения механизма воздействия словом на вторую сигнальную систему, а через нее — на первую и на подкорку. Другое, не менее важное положение заключается в том, что высшая нервная деятельность человека

[1] И. П. Павлов, Павловские среды, изд. Академии наук СССР, т. III, стр. 10.

социально детерминирована. Поэтому в совместной работе второй и первой сигнальной системы отражается социальная среда.

Как показывают повседневные наблюдения, исторически сформировавшаяся речевая система может вызывать в организме человека самые разнообразные ответные реакции, которые можно объективно регистрировать. Тем не менее даже и сейчас мы еще далеко не в достаточной степени оцениваем действительное влияние словесных раздражений на глубокие и скрытые физиологические процессы. Однако экспериментальные данные лабораторных и клинических исследований последних лет уже дают возможность правильно оценить значение слова как важного физиологического фактора.

Эти исследования показывают, что слово, действительно, далеко не безразлично для организма человека, при известных условиях вызывая в нем, в зависимости от своего смыслового значения, различные изменения. Иллюстрирующие это положение факты были известны давно, а в особенности факты из области учения о словесном внушении. Так, с давних пор известно, что у некоторых лиц чисто словесным воздействием как в состоянии бодрствования, так в особенности в гипнотическом сне, можно вызывать такие реакции, реальность которых обычно подвергалась сомнениям. Если же эти реакции были очевидными, то с научной точки зрения они до последнего времени были совершенно непонятны, что делало их источником различных идеалистических толкований. К числу таких явлений можно отнести словесное внушение гипнотического сна, переживание исследуемым в гипнозе различных внушенных эмоций, возникновение различных внушенных нарушений чувствительности, выполнение необычных действий (например, поедание под видом яблока куска мела и пр.).

Напомним отмеченные Н. Е. Введенским в его лекциях 1911—1913 гг. наблюдения, говорящие о том, что внушением, сделанным во время гипнотического сна, может быть ускорена перистальтика кишок, вызвано местное расширение кровеносных сосудов или же наступление менструаций раньше положенного срока. Известно, что произвольно сделать это никогда не удается.

Однако получить вполне ясное представление о физиологических механизмах воздействия, оказываемого путем словесного внушения на происходящие в организме процессы, стало возможным лишь на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, сумевшего объяснить, каким образом слово одного человека может оказывать влияние на процессы высшей нервной деятельности другого человека, что такое внушение, самовнушение и внушаемость, какова их роль в жизни человека, так же как в патогенезе некоторых заболеваний и в их лечении.

Нужно сказать, что всякое слово как раздражитель является безразличным для человека до тех пор, пока в коре его мозга не возникла условнорефлекторная связь между этим словом и тем или иным безусловным раздражителем или условным раздражителем первой сигнальной системы.

Так, для ребенка созвучие «боль-но» приобретает определенный смысл лишь тогда, когда оно будет хотя бы один раз сочетаться с действительной болью. Только после этого может быть вызвана соответствующая условная реакция на словесный раздражитель «больно», причем она по своему составу будет воспроизводить собой именно эту безусловную, т. е. болевую, реакцию.

Иллюстрацией того, что словесный раздражитель может вызывать реакцию, замещающую собой реакцию безусловную, является следующее наше наблюдение, относящееся еще к 1926 г. (рис. 1). Исследуемой, нахо-

дящейся в гипнотическом состоянии, производится укол булавкой. В ответ на ощущение боли возникает дыхательная реакция. Через некоторое время после этого реакция того же типа (в данном случае несколько слабее) возникает в ответ на одно лишь слово «больно» или «булавка».

Более сильная реакция дыхания образуется на слова «укол булавкой», «очень больно» (рис. 2). В этом случае мнимый укол *предшествовал* реальному. Так как болезненность укола была подчеркнута интонацией голоса, то и реакция проявилась сильнее. Затем, предварительно сказав, что укол безболезнен, мы в ответ на реальный укол булавкой

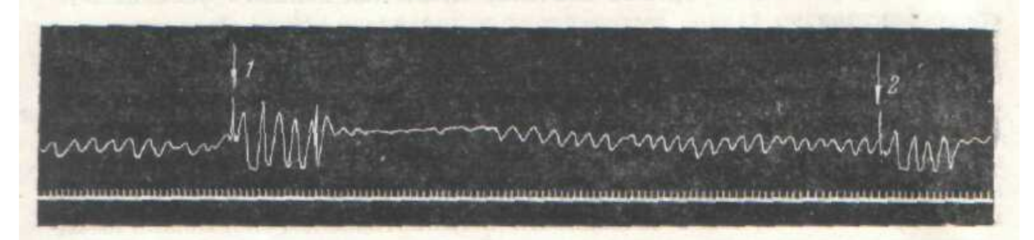


Рис. 1. Изменение дыхания при уколе булавкой (*1*) и при одном произнесении слова «больно» или «булавка» (*2*).

наблюдали едва заметную дыхательную реакцию. В дальнейшем после более энергичного предупреждения, что укол очень болезнен, наступает весьма сильная дыхательная реакция на тот же реальный укол. Эти данные говорят о важном значении не только смыслового содержания слова, но и о той интонации, с какой оно произносится.

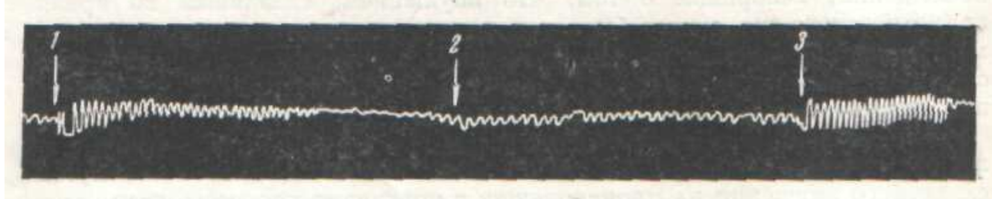


Рис. 2. Изменение дыхания при одном лишь произнесении слов: «Укол булавкой, очень больно!» (*1*), «При уколе боли нет!» и последующем уколе булавкой (*2*) и, наконец, при энергичном произнесении слов: «Укол очень болезнен!», сопровождающемся уколом булавкой (*3*).

Наблюдение на другой исследуемой (Ш.), также проведенное в гипнотическом сне, иллюстрирует то же самое, но только со стороны пульса. Как при реальном болевом раздражении, так и при одном слове «укол булавкой» пульс участился на одно и то же количество ударов, и в обоих случаях возникла одна и та же двигательная (защитная) реакция в форме отдергивания руки. В последующем на слова «боли нет» наблюдалось замедление пульса (рис. 3).

Еще более демонстративными в этом отношении являются плетизмографические исследования А. Т. Пшоника (1952), показавшие, что реакция на обычный условный раздражитель первой сигнальной системы — звонок (рис. 4,б) и свет (рис. 5,*а*) — в дальнейшем может быть получена и на одно словесное предупреждение: «даю звонок» (рис. 4,*в*) или «даю свет» (рис. 5,б), т. е. путем одного лишь словесного раздражителя, адресуемого второй сигнальной системе.

В исследованиях Р. А. Фельбербаум, Е. Л. Левитус и К. М. Соколовой (1953) сосудосуживающие реакции на слово «укол» у детей в ряде случаев были так же выражены, как и реакции на укол, причем у некоторых детей словесный раздражитель иногда вызывал более сильную сосудистую реакцию, чем реальный укол (рис. 6).

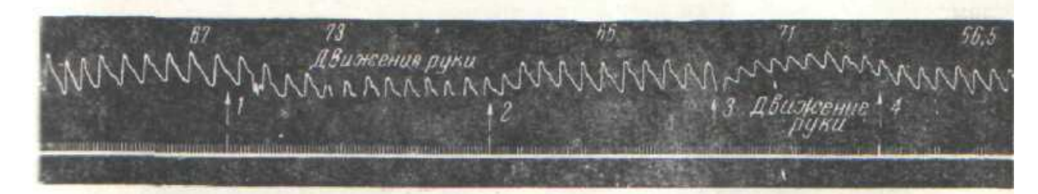


Рис. 3. Изменение пульса при действии словесных раздражителей.

1 — учащение пульса после укола булавкой; 2 и 4 — замедление пульса на слова: «Боли нет!»; 3 — учащение пульса на слова: «Укол булавкой, больно!». Цифры обозначают число ударов пульса в минуту.

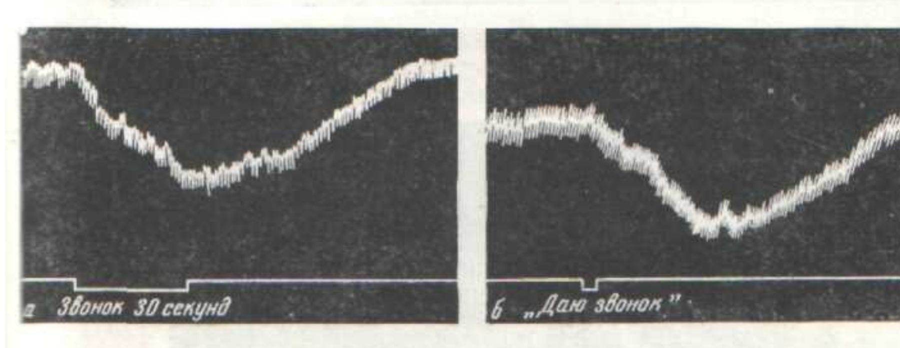


Рис. 4. Условная сосудистая реакция.

а — условнорефлекторное сужение сосудов, выработанное на звонок; б — сужение сосудов, возникшее при одном только словесном сигнале: «Даю звонок!» (наблюдение А. Т. Пшоника, 1952) (плетизмограмма).

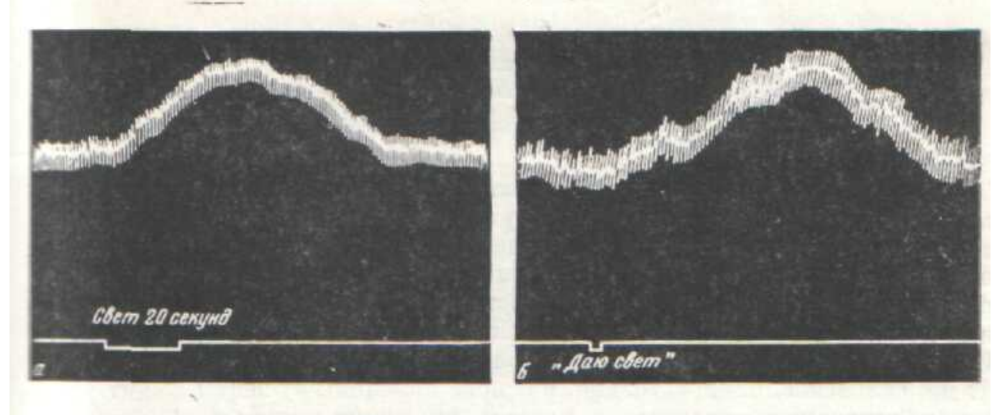
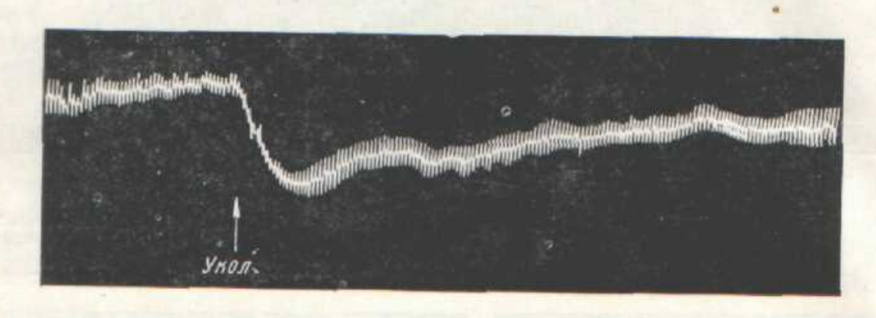


Рис. 5. Условная сосудистая реакция.

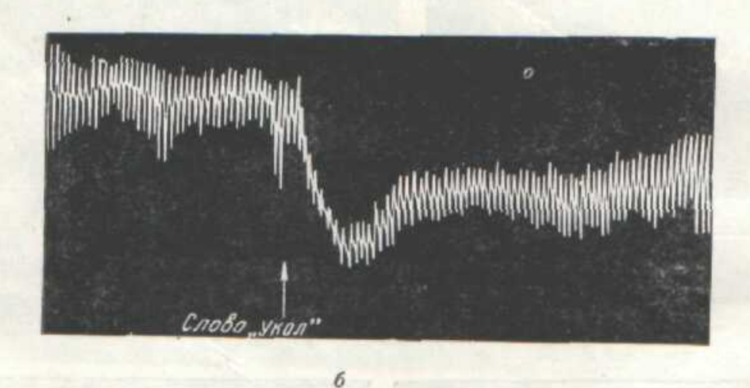
а — условнорефлекторное расширение сосудов, выработанное на свет; б — расширение сосудов, возникшее при одном только словесном сигнале: «Даю свет!» (наблюдение А. Т. Пшоника, 1952) (плетизмограмма).

В приведенных выше примерах такие воздействия, как свет, звук звонка, соответственно подкрепляемые, являются раздражителями первой сигнальной системы, а слова «булавка», «больно» — раздражителями второй сигнальной системы. Возникновение различной реакции на слова

«булавка», «даю звонок», «больно» показывает, что слово действительно является реальным раздражителем, вызывающим такую же реакцию, какую вызывает конкретный раздражитель первой сигнальной системы. При этом смысловое значение словесного раздражителя *заменяет* собой действие условного раздражителя первой сигнальной системы, находящегося во временной связи с соответствующим безусловным раздражителем.



а



б

Рис. 6. Реакция сосудов.

а — сужение сосудов на укол булавкой; *б* — сужение сосудов на одно лишь произнесенное слово «Укол» (наблюдение Р. А. Фельбербаум, Е. Л. Левитус и К. М. Соколовой) (плетизмограмма).

Приведенные факты подтверждают, что слово, действительно, может вызывать отвечающие его смысловому значению физиологические реакции, связанные с соответствующими воздействиями окружающей среды, сигнализируя и заменяя их («сигнал сигналов»). Исследования со словами-раздражителями служат также иллюстрацией того, что известно под именем прямого, непосредственного словесного внушения, рассматриваемого И. П. Павловым как «наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека». Следовательно, в основе явления внушения лежит условнорефлекторный механизм, а процесс внушения получает объективное, физиологическое обоснование. То же нужно сказать и в отношении самовнушения, когда слово может вызывать определенные реакции и без произнесения или написания его, выступая в этом случае как «внутренняя речь», представляющая процесс «специально человеческого, высшего мышления» с его отвлечениями и обобщениями.

Итак, среди факторов, которыми можно воздействовать на высшую нервную деятельность человека, исключительно мощным и играющим

существенную роль в индивидуальной и общественной жизни человека является с л о в о.

Учение И. П. Павлова о двух сигнальных системах действительности, естественно, должно остановить внимание исследователей на слове как на одном из важнейших факторов высшей нервной деятельности человека. Поэтому понятен интерес к физиологическим механизмам, лежащим в основе воздействия, оказываемого на человека с л о в о м, так же как и к постановке связанных с этим вопросом специальных лабораторных исследований.

Первым экспериментальным исследованием в этом направлении была работа В. Васильевой (из клиники В. М. Бехтерева, 1913), впервые получившей по двигательной методике сочетательный (условный) рефлекс на двойной раздражитель, в состав которого входил звук электрического звонка и с л о в о «звонок». При выработке этого рефлекса словесное раздражение и звонок применялись одновременно с раздражением электрическим током верхней конечности исследуемого, длившимся в течение одной секунды и вызывавшим защитную двигательную реакцию. Было отмечено, что условный рефлекс на сумму этих двух условных раздражителей — звонок + слово «звонок» — возник уже в первом сеансе. А в дальнейшем рефлекс начал появляться и на отдельные его компоненты, как на один звонок, так и на изолированно произнесенное слово «звонок». Таким образом, был получен впервые условный (двигательный) рефлекс на слово. Нужно отметить, что возникавшая при этом двигательная реакция на один словесный раздражитель была достаточно стойкой и проявлялась без подкрепления током в течение пяти сеансов подряд. Иначе говоря, о б р а з о в а л с я с т о й к и й д в и г а т е л ь н ы й у с л о в н ы й р е ф л е к с н а о д и н с л о в е с н ы й р а з д р а ж и т е л ь.

Конечно, для двигательного анализатора исследуемого слово «звонок» вначале было индиферентным раздражителем, не вызывавшим защитной двигательной реакции, пока, наконец, созвучие слогов «зво-нок» не вошло в связь в коре мозга исследуемого с определенными пунктами двигательного и слухового анализаторов. Лишь с этого момента слово «звонок» приобрело для его нервной системы новое качественное значение раздражителя, сигнализирующего собой воздействие электрического тока.

С 1911 г. словесным раздражителем начали пользоваться для замены безусловных раздражителей сначала в лаборатории В. М. Бехтерева (К. И. Платонов, 1911; В. Васильева, 1913; Н. М. Щелованов, 1925; В. Н. Мясищев, 1926), затем в лаборатории В. П. Протопопова. В настоящее время исследование условных рефлексов по речевой методике проводится в лабораториях А. Г. Иванова-Смоленского, Н. И. Красногорского, К. М. Быкова, Ф. П. Майорова и др.

В позднейшие годы Л. А. Шварц (1948, 1949) экспериментально установила, что условным раздражителем второй сигнальной системы является именно смысловое значение слова-раздражителя, а не его звуковой образ, т. е. его семантика, а не сонорика. При этом характер корковой реакции на семантику и сонорику слова может свидетельствовать о характере взаимоотношений между второй и первой сигнальной системой. Что же касается механизмов образования условнорефлекторных связей на слово, то первично возникающая условнорефлекторная связь на сонорику (созвучие) слова в дальнейшем г а с н е т, в то время как на семантику (содержание) слова она у п р о ч и в а е т с я.

Так, в исследованиях Л. А. Шварц при сниженном тонусе коры мозга, получавшемся путем воздействия на нервную систему хлоралгидрата, условный рефлекс в п е р в у ю о ч е р е д ь о с л а б л я л с я н а с м ы с л о в о е з н а ч е н и е с л о в а, а затем уже на его звуковой

образ; и, наоборот, угасший условный рефлекс на сходное слово в этих условиях вновь растормаживался.

Сочетаясь в индивидуальной жизни человека с теми или иными раздражителями и образуя таким образом первичные, а затем вторичные и более сложного порядка цепные рефлексы (условно-условные рефлексы, по терминологии А. Г. Иванова-Смоленского), слово приобретает характер весьма многостороннего комплексного раздражителя второй сигнальной системы, в отдельных случаях способного оказывать на кору мозга весьма мощное общее и специальное воздействие.

При этом для всей вообще словесной сигнализации специфично, как это в свое время подчеркнул А. Г. Иванов-Смоленский, обобщение слова слышимого, видимого и произносимого в единую корковую динамическую структуру, связанную с обозначаемым им предметом.

Кроме того, еще раньше В. П. Протопоповым (1921) было показано, что словесный раздражитель может способствовать облегчению и ускорению образования нового условного рефлекса, если к новому условному раздражителю присоединить известное исследуемому н а з в а н и е этого раздражителя. Тем самым слово, обозначающее название данного предмета и являющееся упрочившимся натуральным условным раздражителем, может служить сильным подкреплением для нового условного рефлекса.

Исследованиями О. П. Капустник (1930), В. К. Фадеевой (1934), Л. И. Котляревского (1934), Л. Е. Хозак (1933) и др., проведенными в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского у детей, установлено, что временные связи, образующиеся в первой сигнальной системе, получают свое вербальное, словесное отражение во второй сигнальной системе и наоборот.

Обозначая раздражители и ответы на них соответственно буквами: Н — непосредственные (т. е. первосигнальные) и С — словесные (второсигнальные), указанные выше авторы устанавливают такую последовательность возникновения временных связей: раньше всего образуются связи между непосредственными (т. е. несловесными) внешними или внутренними раздражениями и непосредственными же (т. е. несловесными) ответными реакциями (связи Н → Н). Затем к ним присоединяются связи, возникающие между словесными воздействиями и непосредственными реакциями (связи С → Н). Еще позднее образуются связи между непосредственными раздражениями и словесными ответными реакциями (связи Н → С). И, наконец, наиболее поздней и высшей формой связи являются связи между словесными воздействиями и словесными же ответами (связи С → С). Таким образом, в первом случае условная связь целиком осуществляется в пределах первой сигнальной системы, в последнем она начинается и заканчивается во второй сигнальной системе; во втором,— начинаясь во второй сигнальной системе, она выходит на эффекторный путь первой сигнальной системы, а в третьем случае, наоборот, начинаясь в первой сигнальной системе, заканчивается во второй (А. Г. Иванов-Смоленский, 1949). Все это отражает неразрывную связь между первой и второй сигнальной системой и их взаимодействие.

Другой не менее важный путь экспериментально-физиологического исследования слова — последовательный лабораторно-клинический анализ тех реакций, какие слово может вызывать со стороны высшей нервной деятельности человека. Как известно, еще с давних времен общепризнано, что при некоторых условиях одним словесным воздействием можно вызвать у человека сильнейшую эмоциональную реакцию, которая может оставить след во всей его последующей жизни и деятельности. Недаром говорят, что «словом можно убить человека и словом можно оживить его».

Точно так же издавна известно, например, что при определенных условиях прямым воздействием слова «спать» можно человека усыпить, т. е. вызвать в его организме ту огромную перестройку, какую влечет за собой переход его в физиологическое состояние сна.

Отсюда следует, что изучение физиологических изменений, *вызываемых в организме человека путем прямого словесного воздействия*, составляет для исследователя весьма важную задачу. Однако исследований такого рода и в нашей стране и за рубежом было выполнено не столь много.

Так, изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие при переходе человека из бодрствующего состояния в состояние внушенного сна, впервые были объективно зарегистрированы Э. А. Гизе и А. Ф. Лазурским (1900); реакции пульса и дыхания, возникающие у исследуемого при внушаемых ему в гипнотическом сне эмоциональных переживаниях, были впервые записаны А. Ф. Лазурским (1901); объективные признаки изменения кожной болевой чувствительности, вызываемого путем соответствующего словесного внушения, производимого во время гипнотического сна усыпленного, были получены В. М. Бехтеревым и В. М. Нарбутом (1902); объективные данные реакций со стороны пульса и дыхания в этих же условиях были получены В. В. Срезневским (1920).

За рубежом в 80-х годах прошлого столетия исследования в этом направлении были произведены нансийским физиологом Бони (Beaunis, 1889); был установлен факт влияния в бодрствующем состоянии путем словесного воздействия на частоту пульса (ускорение и замедление его). Далее, в исторической последовательности надо указать на работы О. Фогта (O. Vogt), изучавшего (в 90-х годах) реакции со стороны сосудов и двигательной системы, возникавшие в ответ на словесное внушение, производимое в гипнотическом состоянии. Нужно отметить также исследования Вебера (Weber, 1910), Мора (Mohr, 1910) и др., пользовавшихся гипнотическим состоянием для словесного внушения различных представлений и эмоциональных состояний, причем объективными показателями служили реакции со стороны дыхания, сосудов и двигательной системы. Но все эти исследования не носили систематического характера и были недостаточны для того, чтобы изучаемые явления и факты можно было признать твердо установленными. Кроме того, и физиологические механизмы их развития также оставались невыясненными.

Все это побудило нас провести в этом направлении ряд систематически поставленных лабораторных исследований. При этом мы изучали главным образом вегетативные реакции как наиболее объективные.

Эти исследования мы проводили у лиц обоего пола, преимущественно легко внушаемых, с быстро развивающимся состоянием внушенного сна и с легкой реализацией разнообразных словесных внушений как в этом состоянии, так отчасти и в состоянии бодрствования (так называемые сомнамбулы)[1].

За исключением одного больного аффективной эпилепсией, ни один из наших исследуемых не был отягощен какой-либо патологической симптоматикой. Так, Ш., 42 лет, подвергалась большому количеству исследований и была известна нам в течение 20 лет. Она обладала вполне уравновешенной нервной системой и никогда не проявляла каких бы то ни было невротических реакций. Словом, ни одно из исследуемых нами лиц не

---

[1] От лат. somnus — сон, ambulare — гулять; сомнамбулизм — буквально «снохождение»; в переносном смысле — легкая способность впадать в сомнамбулическую фазу гипноза, обеспечивающую проявление в гипнозе и после него самых разнообразных реакций на словесное внушение.

принадлежало к той категории «глубоких истериков», только у которых, как ошибочно принято думать, могут вызываться всякого рода гипнотические феномены.

При этом мы исходили из того, что чисто эмпирически возникшее в свое время представление о человеческом «гипнозе» или внушенном сне в наши дни получило исчерпывающее экспериментальное подтверждение в учении И. П. Павлова, в котором учение о гипнозе тесно связывается с учением о сне.

Основываясь на этих положениях И. П. Павлова, мы предприняли попытку получить экспериментальные доказательства того, что слово как условный раздражитель, действительно, может производить в состоянии человеческого организма изменения, соответствующие его содержанию. В частности, словом «спать!» кора мозга человека может быть приведена в состояние частичного торможения, отвечающего состоянию внушенного сна, при котором в организме человека действительно вызываются значительные эндокринно-вегетативные сдвиги, аналогичные тем, какие имеют место при переходе его в состояние естественного сна.

Однако прежде чем мы перейдем к систематическому изложению этих данных, мы должны будем предварительно остановиться на специальном рассмотрении основных положений учения И. П. Павлова о сне и внушении.

Решение школой И. П. Павлова проблемы сна и гипноза, с одной стороны, и гипноза и внушения — с другой, явилось одним из наиболее ярких ее достижений.

ГЛАВА II

СОН, ГИПНОТИЧЕСКИЕ ФАЗЫ, ВНУШЕНИЕ

...никакой противоположности между бодрствованием и сном, которую мы обыкновенно привыкли себе представлять, не существует... Очевидно, что все часто поражающие явления человеческого гипноза есть вообще понятный результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы.

И. П. Павлов

Как известно, свою корковую теорию сна И. П. Павлов построил на материалах, добытых при наблюдении за развитием сонливости и сна у подопытных животных (собак) во время опытов с условными рефлексами. Основываясь на своих многочисленных экспериментальных данных, И. П. Павлов пришел к выводу, что в возникновении сна главную роль играет высший отдел центральной нервной системы, а именно: кора больших полушарий, причем никакого особого «центра сна» не существует.

При этом если в бодрствующем состоянии при нормальном рабочем возбуждении клеток коры мозга создаются условия, ведущие к истощению раздражимого вещества клеток, то процесс возбуждения сменяется развивающимся в них противоположным процессом торможения, при котором работоспособность клеток получает возможность восстанавливаться. Тем самым внутреннее торможение предохраняет клетки коры мозга от дальнейшего функционального истощения. Последнее И. П. Павлов считает главным толчком к появлению в нервной клетке особенного процесса торможения, э к о н о м и ч е с к о г о процесса, который не только ограничивает дальнейшее функциональное разрушение, но и способствует восстановлению истраченного раздражимого вещества.

Значение торможения как восстановительного фактора особенно подчеркнуто работами Г. В. Фольборта (1951) и его сотрудников. Занимаясь вопросом взаимоотношения между процессами истощения и восстановления, он пришел к выводу, что развитие процессов торможения, «несомненно, способствует усилению восстановления».

Естественный сон и есть именно такое разлитое по всей коре мозга внутреннее торможение: внутреннее торможение и сон — одно и то же, один и тот же процесс, причем «... сон,— говорит И. П. Павлов,— есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все

полушария и даже ниже — на средний мозг»[1]. Так как внутреннее торможение является активным процессом, то развивающийся в этих условиях сон И. П. Павлов называет активным сном.

Причиной, прямым образом приводящей к развитию сна, И. П. Павлов считает накопление в корковых клетках продуктов обмена. И. П. Павлов отмечает, что «к внутренним раздражителям торможения принадлежит гуморальный элемент, следовательно, какие-нибудь продукты работы клетки»[2], которые и вызывают это торможение. Однако, как показали исследования, проведенные в лабораториях И. П. Павлова, сон может возникать и при других условиях. Так, возникновению и развитию сонного торможения благоприятствует отсутствие внешних и внутренних раздражений, могущих создавать в коре мозга пункты возбуждения и этим препятствовать распространению по коре мозга тормозного состояния.

Таким образом, если тормозной процесс не встречает сопротивления со стороны раздражительного процесса, он «разливается по большим полушариям и переходит в нижние части мозга, обусловливая полное пассивное, сонное состояние...»[3]. Сон, возникающий в этих условиях, И. П. Павлов называет пассивным сном.

При отсутствии в коре мозга сильных очагов возбуждения снотворными агентами могут стать слабые монотонные раздражения одного из ее анализаторов. Особенно действенны в этом отношении, как показали исследования лаборатории И. П. Павлова, слабые тактильные и температурные раздражения.

В самом деле, как мы знаем, монотонное, длительное, ритмическое звучание колыбельной песни, тикание часов, шелест деревьев, ритмическое и длительное раздражение слабым источником света или же длительные покачивания, раздражающие вестибулярный аппарат внутреннего уха, поглаживание какой-либо части тела — все это неизменно способствует развитию сонного торможения в раздражаемых корковых клетках. Отсюда тормозное состояние распространяется на соседние корковые клетки, постепенно охватывая собой всю кору, вызывая сонное торможение всей массы больших полушарий и подкорки.

И. П. Павлов считает, что в силу этого все люди, а особенно не имеющие сильной внутренней жизни, при однообразных раздражениях, как бы это ни было неуместно и несвоевременно, неодолимо впадают в сонливость и сон. При этом состояние сна, возникшее в одной или группе клеток, не остается только в ней, а распространяется и захватывает не только полушария, но спускается и в низшие отделы головного мозга. Такое состояние есть состояние полного сна в отличие от сна частичного, о чем мы будем говорить дальше.

Описанное выше явление иррадиации торможения выражено тем сильнее, чем больше по тем или иным причинам ослаблен тонус коры мозга. Физиологический механизм этого явления заключается в том, что корковые клетки, реагирующие на длительно действующий внешний раздражитель, рано или поздно переходят в тормозное состояние. Не встречая противодействия со стороны других деятельных пунктов коры, тормозной процесс распространяется и обусловливает сон.

Следует подчеркнуть, что даже в условиях полного бодрствования раздражительное состояние одних клеток коры мозга постоянно связано с тормозным состоянием других. Отдельные участки коры мозга, нахо-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 246.
[2] Там же, стр. 482.
[3] Там же, стр. 264.

дясь в том или другом состоянии, составляют сложную подвижную мозаику, причем такие мелкие участки торможения создают подвижной локальный «мелко раздробленный» сон. При наличии же в коре мозга более или менее обширных тормозных участков (и лишь отдельных бодрствующих пунктов или районов среди них) создается состояние частичного сна. Таким образом, И. П. Павлов различает три степени распространенности (экстенсивности) сна: полный, частичный и «мелко раздробленный».

В заключение следует отметить, что к числу снотворных факторов принадлежит также длительное ограничение свободы движений. Так, некоторые собаки в лабораториях И. П. Павлова, стоя в течение длительного времени неподвижно привязанными в станке, вскоре после начала опыта засыпают. В некоторых же случаях, наоборот, сонное торможение может развиваться под влиянием коротких и сильных раздражений. Как это описывает сам И. П. Павлов (1927), при сопротивлении животного во время приготовления к опыту стремительное ограничение движений сильными руками, при причинении ему значительного механического раздражения, сейчас же повело к полному сну животного. Очевидно, в данном случае возникновение сна связано с механизмом запредельного торможения (аналогия с «давним гипнозом» животных).

Что же происходит в противоположном случае — при переводе спящего человека в б о д р с т в у ю щ е е состояние?

Ответ на это мы находим у И. П. Павлова: «...для того чтобы исключить сон, надо ограничивать торможение встречными раздражителями»[1]. Ибо «бодрое состояние поддерживается падающими на большие полушария, главнейшим образом из внешнего мира, и более или менее быстро сменяющимися раздражениями...»[2]. В силу этого бодрствование представляет явление более или менее обширной иррадиации в коре мозга раздражительного процесса, с подвижной концентрацией его в определенных пунктах и индукционными отношениями между процессами возбуждения и торможения.

Рассмотрим еще одно явление — условнорефлекторный сон, имеющий для нас особое значение. Все, что многократно совпадает с развитием сна, само начинает способствовать его возникновению. Так, некоторые лабораторные животные, ежедневно находясь во время опыта в одном и том же помещении и засыпая в станке, на следующий день тотчас же засыпали, как только их вновь приводили в ту же комнату и ставили в станок. По свидетельству И. П. Павлова, собаку гипнотизировала уже одна обстановка: *очень живое, подвижное животное, как только оно переступало порог* комнаты, уже становилось совершенно другим, причем сонное состояние усиливалось, когда эту собаку ставили в станок и приготовляли к опыту. В данном наблюдении выявлялась возможность развития сонного торможения коры мозга условнорефлекторным путем, без ее предварительного утомления.

Об этом свидетельствуют также опыты В. А. Крылова в лаборатории И. П. Павлова (1925): повторно вводя в течение ряда дней в прямую кишку собак теплый раствор снотворной дозы хлоралгидрата, последний вызывал у них таким путем глубокий сон. После нескольких процедур уже одно введение в прямую кишку теплой воды (без хлоралгидрата) или даже только одна процедура приготовления к введению воды стала вызывать у собак сонливость, а затем и сон. В обоих случаях сон развивался под влиянием раздражителей, бывших до этого индиферентными (в первом случае — обстановка опыта, во втором — вода и процедура).

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 264.

[2] Т а м ж е, стр. 236.

Таким образом, сон возникал по условнорефлекторному механизму и без предшествующего утомления корковых клеток, причем в результате сочетания снотворных раздражителей с индиферентными последние приобретали все свойства снотворных. А. Г. Иванов-Смоленский (1928) сочетал снотворные раздражители (длительные ритмические, световые, тепловые) с резким звонком, после чего возникал условный сонный рефлекс на резкий звук.

Итак, мы видим, что снотворные условные раздражители могут быть самыми разнообразными, причем переход к состоянию сна и выход из сонного состояния могут происходить по механизму условного рефлекса. У человека это проявляется, например, в виде привычки засыпать в определенной обстановке, в определенный час, в определенной позе. Известно, что ребенок, привыкший засыпать на руках матери, долго не может заснуть в постели или на руках другого лица и т. д. У взрослого человека нередко одно представление о привычной снотворно действующей обстановке может при соответствующем условии вызвать наступление сна.

Согласно учению И. П. Павлова, сонное торможение может быть частичным как по своей глубине, так и по степени распространенности, развиваясь лишь в ограниченных участках коры мозга. Одна часть коры мозга может находиться в состоянии бодрствования, а другая — в состоянии сонной заторможенности, например, при переходном состоянии от бодрствования ко сну.

У собак в условиях лабораторных исследований, приводящих к развитию у них гипнотического состояния, различная экстенсивность торможения проявляется, например, в форме расхождения между секреторными и двигательными компонентами пищевого рефлекса. Так, при условном раздражении (вид и запах пищи) слюна обильно течет, а собака не берет пищи. Здесь частичность сна выразилась в заторможенности двигательной функции при сохранности секреторной. Частичность сна может выразиться и в том, что распространение торможения ограничивается только одной корой, не спускаясь ниже в подкорковую область. Это ведет к явлению каталепсии, как известно, выражающейся в том, что всякое положение, придаваемое той или иной конечности животного или человека, неопределенно долгое время остается неизменным.

Со стороны экстенсивности, распространенности торможения частичность сна наиболее ярко представлена в эксперименте Б. Н. Бирмана (лаборатория И. П. Павлова, 1925).

У собаки был образован пищевой условный рефлекс на строго определенный звук органной трубы в 256 колебаний в секунду, от которого звуки иной частоты колебаний были отдиференцированы. Под влиянием длительного диференцировочного торможения собака глубоко засыпала, совершенно не реагируя на те или иные органные звуковые раздражители. Но на звук трубы в 256 колебаний она просыпалась и брала пищу. Определенный звук трубы явился, таким образом, сигналом к пробуждению и приему пищи, причем выработанная в бодрственном состоянии строго диференцированная условнорефлекторная реакция на этот сигнальный раздражитель сохранялась также во время сна.

Таким образом, образовался бодрствующий участок коры мозга, названный И. П. Павловым «сторожевым пунктом». Положительно индуцируясь под влиянием тормозного состояния окружающих участков коры мозга, этот «сторожевой пункт» находится в состоянии повышенной возбудимости («под влиянием натиска торможения», по выражению И. П. Павлова), чем и обеспечивается поддержание связи его с внешней средой.

Этим дается физиологическое обоснование многим известным из жизни фактам. Мы знаем, например, что утомленная мать, спящая глубоким сном

у постели больного ребенка, безразличная даже к сильным звуковым раздражениям, легко просыпается от малейшего звука, который издает ее ребенок. *Мельник, спокойно спящий при нормальном шуме работающей* мельницы, тотчас же просыпается, как только мельница начинает работать вхолостую (при этом изменившийся шум колес мельницы является сигналом для бодрствующего «сторожевого пункта» коры его мозга о необходимости засыпать новую порцию зерна). Человек, заснувший вечером с мыслью проснуться утром в определенный час, действительно, в этот час и просыпается. Все это — явления одного и того же условнорефлекторного *порядка, случаи частичного сна с бодрствующим в коре мозга «сторожевым пунктом»*. При распространении сонного торможения и на этот бодрствующий очаг, конечно, тотчас же связь с внешним миром теряется и частичный сон переходит в полный.

Как известно, в мире животных явление «сторожевого пункта» нередко обеспечивает безопасность животного во время сна. Так, по наблюдениям Л. А. Орбели (1935), когда моллюск осьминог спит, семь его ножек обвиваются вокруг туловища, в то время как восьмая ножка остается выпрямленной, слегка движущейся и чутко реагирующей на падающие извне раздражения. При этом всякое прикосновение к ней тотчас же пробуждает животное, и последнее немедленно выпускает черную краску и вообще проявляет активную защитную реакцию.

В других случаях сон стада охраняется сторожевым животным, чутко реагирующим на все сигналы возможной опасности. При этом, если сторожевое животное издает особый звук, стадо тотчас же пробуждается и обращается в бегство, в то время как все другие звуки и шорохи, хотя бы и громкие, не тревожат спящего стада (В. Н. Сперанский, 1923). Таким образом, явление частичного сна с сохраняющимся «сторожевым пунктом» приобретает биологически важное значение, обеспечивая необходимую связь спящего животного с внешней средой.

Как примеры частичного по экстенсивности сна можно привести случаи сна при ходьбе, при езде верхом, а также патологическое ночное снохождение.

Обобщая все сказанное по этому вопросу, И. П. Павлов отметил, что «парциальный сон постоянно участвует в бодром состоянии животного, и именно в тончайших соотношениях его с внешним миром», причем «в сонном состоянии всегда есть бодрые, деятельные пункты в больших полушариях, как бы дежурные, сторожевые пункты»[1].

Как известно, школой И. П. Павлова было открыто еще одно важное явление, состоящее в том, что при переходе корковых клеток из деятельного состояния в тормозное торможение возникает в них не сразу, а постепенно. Прежде чем наступит полное торможение, в клетках наблюдается ряд *промежуточных (фазовых) состояний, отличающихся по интенсивности* охватившего их тормозного процесса. Это же имеет место и при обратном переходе их из тормозного состояния в деятельное. Этим вскрыта весьма важная сторона, не только осветившая физиологическую сущность гипноза животных и человека, но, как будет видно из последующего изложения, позволившая дать физиологическое обоснование ряда нормальных и патологических явлений высшей нервной деятельности.

При развитии таких переходных состояний между бодрствованием и сном наблюдается изменение отношения корковых клеток к условным раздражителям, стоящее в зависимости от степени их заторможенности. В то время, как в бодрствующем состоянии, при нормальном тонусе коры

---

[1] И. П. Павлов, *Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных*, Медгиз, 1951, стр. 230.

мозга, сила возбуждения корковой клетки соответствует силе раздражителя (закон силовых отношений), при возникновении переходных состояний этот закон нарушается. Так, во время уравнительной фазы слабые и сильные раздражители начинают вызывать равные по силе реакции. В следующей переходной фазе слабые раздражители вызывают сильную реакцию, а сильные — слабую (или даже совсем не вызывают никакой реакции). Эту фазу И. П. Павлов назвал парадоксальной. За этой фазой следует ультрапарадоксальная фаза, при которой отрицательные условные раздражители начинают вызывать положительную реакцию корковых клеток, а положительные — реакции не вызывают. При еще более глубоком торможении корковых клеток возникает так называемая наркотическая фаза, когда при сохранении силовых отношений имеется одинаково ослабленная реакция на все раздражители.

Наконец, при полном торможении корковых клеток, отвечающем состоянию глубокого сна, реакции на все обычные раздражители полностью отсутствуют. В этом случае для пробуждения спящего оказывается необходимым применение различных, но сильных раздражений (толчки, сильный окрик и т. п.).

Возникая при засыпании или, наоборот, пробуждении, фазовые состояния могут распределяться по коре мозга неравномерно, локализуясь то в одних, то в других ее участках. Такие переходные фазовые состояния И. П. Павлов назвал «гипнотическими».

Наличие фазовых состояний в условиях гипнотического сна у человека доказано по методу условных рефлексов работами Ю. А. Поворинского и Н. Н. Трауготт (лаборатория А. Г. Иванова-Смоленского, 1936), серией исследований Н. И. Красногорского (1951), работами лаборатории Ф. П. Майорова (1939). Следует отметить, что, по Н. И. Красногорскому (1951), фазовые состояния могут локализоваться в отдельных анализаторах при общей оптимальной возбудимости коры.

С гипнотическим (фазовым) состоянием коры мозга тесно связаны явления внушения и внушаемости, иногда получающие в жизни человека немаловажное значение.

Мы встречаемся с двумя фактами: с возможностью воздействия на высшую нервную деятельность человека словесных внушений от другого человека и с возможностью самовнушений, могущих при определенных условиях получать «преобладающее, незаконное и неодолимое значение» (И. П. Павлов).

В самом деле, каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе словесного внушения или самовнушения?

Как отмечает И. П. Павлов, внушаемость основана на легком переходе в тормозное состояние корковых клеток. Основной механизм внушаемости связан с разорванностью нормальной, т. е. объединенной, работы всей коры. Поэтому внушаемое не подвергается обычным влияниям со стороны остальных частей коры.

Таким образом, нужно считать, что основным физиологическим условием внушаемости является снижение тонуса коры больших полушарий и легко возникающая при этом функциональная расчлененность корковой деятельности.

По классическому определению И. П. Павлова, в основе явлений внушения и самовнушения лежит концентрированное возбуждение в больших полушариях в форме определенного раздражения или его следа, получившего преобладающее значение. «Оно существует и действует, т. е. переходит в движение, в тот или иной двигательный акт,— говорит И. П. Павлов,— не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражениями,

ощущениями и представлениями, тогда это твердый и разумный акт, как полагается в нормальной и сильной коре, а потому, что при слабой коре, при слабом, низком тонусе оно как концентрированное сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний (разрядка наша. — *К. П.*)[1].

Нужно иметь в виду, что в состоянии гипноза кора больших полушарий, вследствие иррадиировавшего торможения, отличается пониженным *положительным тонусом*. «*Когда на такую кору в определенный пункт* как раздражитель направляется слово, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответствующем пункте и сейчас же сопровождается отрицательной индукцией, которая благодаря малому сопротивлению распространяется на всю кору, почему слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютным, неодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состоя*ние*» (*разрядка наша.— К. П.*)[2].

В свете этих павловских определений получают новое понимание прежние высказывания психоневрологов. Так, в свое время В. М. Бехтерев (1898), отмечая, что способами воздействия одних лиц на поведение других является личный пример, прямой приказ, убеждение и внушение, писал, что «вопреки словесному убеждению, обыкновенно действующему на другое лицо силой своей логики и непреложными доказательствами, внушение действует путем непосредственного прививания... идей, чувствований и ощущений, не требуя вообще никаких доказательств и не нуждаясь *в логике*». В. М. *Бехтерев считал, что «это может происходить как намеренно*, так и не намеренно» и может осуществляться «иногда совершенно незаметно для человека, воспринимающего внушение»; иногда же происходит с его ведома и «при более или менее ясном его сознании». В случае же ограниченности у данного лица жизненного опыта и практических знаний применение каких-либо логических убеждений обычно не достигает цели, в то время как прямое словесное внушение, так же как и прямой приказ, в таких случаях «почти всегда действует верно».

Далее В. М. Бехтерев подчеркивал, что если намеренное вну*шение в бодрствующем состоянии «в более или менее резко выраженной степени* удается далеко не у всех», то совершенно другое наблюдается, когда налицо совершенно невольное внушение, производимое при естественном общении одного субъекта с другим. Это невольно производимое внушение «происходит незаметно для лица, на которое оно действует, а потому обыкновенно и не вызывает с его стороны никакого сопротивления». Правда, по словам В. М. Бехтерева, оно редко действует сразу, чаще же медленно, но зато «верно укрепляется» в психической сфере.

Вместе с тем, по В. М. Бехтереву, «внушение или прививание психи*ческих состояний играет особо видную роль в нашем воспитании*», по крайней мере до тех пор, пока развивающееся мышление ребенка не позволит ему «усваивать логические выводы не менее, нежели готовые продукты умственной работы других».

По П. Дюбуа (P. Dubois, 1911), внушаемость «оказывает то или иное влияние на все наши поступки, придает ту или иную окраску нашим ощу-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376—377.
[2] *Там же*.

щениям, служит источником постоянных иллюзий, предохранить себя от которых является крайне трудной задачей даже при всем возможном для нас напряжении ума».

Ю. В. Каннабих (1928) отмечает, что о внушении можно говорить лишь в том случае, когда данное требование при обычных условиях встретило бы сопротивление, будучи подвергнуто критике, между тем как теперь «оно осуществляется слепо, благодаря тому, что в нервно-психическом аппарате человека наступила задержка всех противоположных тенденций. Вызвать в человеке такую задержку, заставить его действовать, не рассуждая,— и означает сделать внушение» (разрядка наша.— *К. П.*).

Внушаемость выражается в большей или меньшей подчиняемости высшей нервной деятельности одного человека словесным воздействиям другого человека, осуществляемой, однако, не на основе доводов разума, логической мотивации, а путем совершенного безотчетного подчинения воздействиям. Сам человек в таких случаях не отдает себе ясного отчета в такой подчиняемости, продолжая считать свой образ действий результатом своей собственной инициативы. Тем не менее внушаемость составляет одно из нормальных проявлений высшей нервной деятельности человека. Однако чрезмерная внушаемость, при которой критической, сознательной деятельности человека с его «доводами разума» противопоставляется «незаконное и неодолимое» (И. П. Павлов) преобладание словесного воздействия другого лица, представляет уже явление анормальное.

При этом повышенная внушаемость является признаком относительной слабости критики и недостаточности суждения (логического мышления), т. е. снижения функции второй сигнальной системы на фоне сниженного под влиянием тех или иных причин тонуса коры мозга.

Таким образом, в картине внушаемости проявляется одна из важных особенностей деятельности второй сигнальной системы коры мозга человека: повышенная восприимчивость к прямому воздействию на нее слова.

Важной особенностью внушенного сна является возникающая в этом состоянии повышенная внушаемость, т. е. повышенная возможность образования в коре мозга под прямым воздействием словесных внушений соответствующего содержания, новых очагов концентрированного раздражения, новых временных связей, новых динамических структур и, естественно, оживления (или, наоборот, устранения) старых связей и структур. При этом реализация внушенного состояния (восприятия, действия) происходит без активной, т. е. критической, переработки всего таким путем воспринимаемого, ассимилируемого и выполняемого.

Внушение вполне возможно и в совершенно бодрствующем состоянии, так как есть лица, у которых внушения могут быть производимы в бодрствующем состоянии так же легко, как и в состоянии гипноза.

Наконец, существенное значение имеет парадоксальная фаза. Не случайно, что И. П. Павлов парадоксальную фазу называл «фазой внушения». «Я думаю,— говорил он,— что наша парадоксальная фаза (у лабораторных собак.— *К. П.*) есть действительный аналог особенно интересной фазы человеческой гипнотизации, фазы внушения, когда сильные раздражения реального мира уступают место слабым раздражениям, идущим от слов гипнотизера» (разрядка наша.— *К. П*)[1].

Иллюстрацией значения сниженного положительного тонуса коры

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 282.

мозга, способствующего повышению внушаемости, могут служить исследования С. Л. Левина (1934), проводившиеся в детской клинике Н. И. Красногорского по методу условных рефлексов. Словесное внушение еды яблок в состоянии внушенного сна вызывало у детей вдвое и втрое большее выделение слюны, чем то же внушение, производимое в бодрствующем состоянии.

Иллюстрацией же значения парадоксальной фазы, повидимому, могут являться некоторые наши наблюдения, относящиеся к извращенным реакциям (глава VII).

Повышенной внушаемости в условиях парадоксальной фазы И. П. Павлов придает значение и в повседневной жизни. «Можно представить себе,— говорил он,— что она же (парадоксальная фаза.— *К. П.*) дает себя знать и в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактам окружающей действительности»[1].

Наконец, для реализации словесного внушения особенно важное значение имеет с м ы с л о в о е содержание слова, его семантика: «многообъемлемость слова,— говорил И. П. Павлов (1927),— делает понятным то, что внушением можно вызывать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и на внутренний мир человека»[2].

Отсюда ясно, что для второй сигнальной системы понятие силы раздражителя в конечном счете определяется социальной (смысловой) значимостью слова, создавшейся в условиях прошлого жизненного опыта данного человека. А со стороны физиологической степень внушаемости определяется степенью снижения тонуса (рабочего возбуждения) коры мозга в данный момент.

Следует отметить, что сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только разлитым сонным торможением, но и таким общим фактором, как слабый или ослабленный тип нервной системы, а также утомлением, истощением корковых клеток, длительной отрицательной эмоцией, особенно если связанное с ней угнетенное состояние клеток коры мозга длилось в течение значительного времени.

По этому поводу И. П. Павлов (1927) замечает: «то, что психологически называется страхом, трусостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий, представляет различные степени пассивно-оборонительного рефлекса», который находится «в определенной связи с гипнотическим состоянием»[3], часто едва отличимым от бодрствующего состояния, т. е. без всяких внешних проявлений гипнотического сна.

Противодействие внушению оказывает более или менее объединенная работа всей коры мозга, ее высокий тонус и наличие жизненного опыта, основанного на твердых, проверенных знаниях, т. е. на доводах, апробированных практикой.

Таким образом, внушаемость не безусловна, а условна, не стабильна, а в высокой степени динамична. При этом, повидимому, имеют большое значение типовые особенности нервной системы, еще недостаточно изученные.

Следует отметить, что необходимо разграничить явления, связанные с сознательным восприятием слова и с его внушающим воздействием. Повидимому, Дюбуа первый указал на необходимость четкого разграничения

---

[1] И. П. П а в л о в, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 358.
[2] Т а м ж е.
[3] Т а м ж е, стр. 339—360.

понятий: внушение (suggestion) и убеждение (persuasion), которые до него обычно смешивали. Добавим, что, по Ферворну, «внушение есть искусственно вызываемое представление, возникающее без контроля критики *и принимаемое в силу этого почти слепо*».

А. Форель (Forel, 1928) подчеркивает, что «не следует принимать за внушение воздействие одного человека на другого доводами разума» (разрядка наша.— *К. П.*). «Впрочем,— оговаривается он,— имеются всевозможные переходные ступени от подобного воздействия до совершенно несознаваемого, настоящего внушения».

Как правильно отмечает в одной из своих работ Е. С. Катков (1938), между сознательным восприятием речи и ее внушающим воздействием имеется диалектическое взаимоотношение. Словесное воздействие, воспринимаемое критически, не может быть внушенным, так как оно сознательно, активно воспринимается. Словесное же воздействие, воспринимаемое пассивно, без критики, легко может стать внушенным, хотя бы оно и противоречило прошлому опыту или было оторвано от реальности в настоящем.

В самом деле, словесное воздействие, активно воспринимаемое бодрствующей корой мозга, неизбежно подвергается с ее стороны соответствующей переработке, в частности, оно тотчас же входит во временные связи с многочисленными следовыми реакциями прошлого опыта. При пассивном же восприятии такая активная переработка отсутствует, и условнорефлекторная связь замыкается в коре мозга безотносительно к тому, соответствует ли содержание словесного воздействия данным прошлого и настоящего опыта или же противоречит им.

Пассивность восприятия содержания словесного воздействия может быть обусловлена либо высоким авторитетом говорящего лица, либо той аффективностью, с какой эти слова были сказаны, либо, наконец, сниженным тонусом коры мозга, ослабленным вследствие болезни, утомления, сонливости и пр. Поэтому лучшей мерой борьбы с внушаемостью является поддерживание в условиях бодрствования деятельного состояния коры мозга и, конечно, наличие соответствующих корковых динамических структур или систем, основанных на собственном опыте человека, обеспечивающих критическое отношение к содержанию словесного воздействия.

Отсюда следует, что все формы самостоятельной активной деятельности должны максимально культивироваться.

В целом же как сознательное восприятие речи, так и ее внушающее воздействие создают в соответствующих пунктах мозговой коры очаги раздражения, целые динамические структуры, могущие длительно со*храняться после того, как прямое восприятие речи уже прекратилось.* Мы знаем, как долго сохраняется в памяти все сознательно воспринятое, а особенно при сильном эмоциональном возбуждении, идущем из ближай*шей подкорки. Кроме того, на примере отставленной реализации постгип*нотического внушения мы знаем, сколь длительным может быть действие последнего.

Вместе с тем *внушающее воздействие иногда пронизывает процессы* сознательного восприятия. Для иллюстрации приводим пример.

Когда врач анализирует состояние больного, последний воспринимает это вполне сознательно и может отнестись к выводам врача более или менее критически. Но когда врач прописывает больному лекарство, причем ни состав последнего, ни роль и значение устанавливаемой врачом дозировки больному совершенно неизвестны (если, конечно, он сам не является врачом), то здесь больной основывается на своем доверии

к врачу. Таким образом, на смену сознательному восприятию здесь выступают условия внушающего воздействия: «это лекарство вам поможет!»

Если итти дальше по этому пути, то изготовление лекарства аптекой также не вызывает у больного каких-либо сомнений. В этом случае также есть внушающее воздействие: «аптека всегда изготовляет именно то, что врач назначил!».

Следует подчеркнуть, что внушающее воздействие может иметь форму или прямого, или же косвенного (опосредованного) внушения.

Прямое словесное внушение осуществляется путем непосредственного воздействия самой речи, имеющей определенную смысловую значимость и императивность, на высшую нервную деятельность человека — на вторую сигнальную систему, а через нее — на первую сигнальную систему и на подкорку, а отсюда и на всю соматическую и эндокринно-вегетативную деятельность.

Эффективность прямого внушения словом зависит:

а) от функционального состояния в данный момент коры мозга лица, воспринимающего внушение, что и определяет собой степень внушаемости;

б) от смыслового содержания внушаемого словесного комплекса.

Реализация внушаемого состояния или действия обычно происходит при этом немедленно вслед за произведенным словесным внушением, в порядке прямой реакции на него. Так, если человеку внушают, что им *овладело чувство приятного отдыха или что на его руке сидит укусивший* его комар и т. п., то внушаемое реализуется тотчас же.

Таким образом, при прямом словесном внушении на кору мозга воздействует лишь само слово (словесный раздражитель), в его чистом виде, причем используются физиологические механизмы прямого воздействия слова на вторую сигнальную систему, а через нее — на первую, так же как и на подкорку.

По своему содержанию прямое внушение словом может быть либо простым и коротким (например, выраженным в форме приказа: «спать!», «отдыхать!», «проснуться!» и т. п.), либо более или менее сложным и логически обоснованным (мотивированное внушение), например, для изменения отношения больного к тем или иным условиям среды, направления его будущих поступков и т. д.

Следует отметить, что содержание словесного внушения не должно противоречить моральным установкам человека, так как в противном случае, как показывают экспериментальные исследования, оно не реализуется даже при словесном внушении, производимом во внушенном сне. В случае же настойчиво и упорно применяемого внушения такого рода это может привести к возникновению невротической реакции, а в тяжелом случае — к срыву высшей нервной деятельности и последующему невротическому состоянию.

При косвенном словесном внушении реализация внушаемого, как правило, ставится в связь с тем или иным предметом или воздействием, при посредстве которого оно собственно и должно реализоваться. Так, например, бодрствующему лицу внушается, что предлагаемый ему индиферентный белый порошок является снотворным. Поэтому, как только этот человек примет данный порошок, он тотчас же засыпает.

При косвенном словесном внушении создаваемый им в коре мозга сложный очаг концентрированного возбуждения стоит в связи не только с содержанием внушаемого слова, но и с тем предметом (или обстоятель-

ством места и времени), при наличии которого внушаемое должно будет реализоваться. Поэтому В. М. Бехтерев (1911) называет такое внушение чреспредметным, или опосредованным. При внушении через предметы, говорит он, «мы не действуем непосредственно самим внушением, а связываем внушение с определенным предметом, благодаря чему внушение и осуществляется в связи с данным предметом».

Соответственно этому индиферентный (до того) раздражитель получает на данный период определенную условнорефлекторную значимость. Отсюда следует, что косвенное словесное внушение основано на образовании условной связи между раздражителем второй сигнальной системы (слова внушения), раздражителем первой сигнальной системы и реализации внушаемого эффекта (возникающие вследствие этого явления или действия), причем в прошлом опыте внушаемого лица с каждым из этих трех элементов, конечно, должны быть прямые корковые связи. В силу этого по существу в коре его мозга одновременно возникают два связанных между собой очага возбуждения, один из которых создается во второй *сигнальной системе словами внушения, а другой — в первой сигнальной* системе тем раздражением, при посредстве которого внушаемое должно будет реализоваться.

Вместе с тем в условиях косвенного внушения момент исполнения содержания внушенного может быть о т с р о ч е н. Таким образом, исполнение внушенного оказывается связанным не только с определенным предметом (или словом, местом в пространстве), но и с определенным моментом времени, на какой оно будет назначено. В силу всего этого с а м ф а к т в н у ш а ю щ е г о с л о в е с н о г о в о з д е й с т в и я к а к б ы о т х о д и т н а з а д н и й п л а н. Иначе говоря, внушение словом с т а н о в и т с я с к р ы т о д е й с т в у ю щ и м. В создаваемый таким путем предметно-словесный комплекс может быть вовлечен целый ряд анализаторов с обязательным участием первой и второй сигнальной системы, с каждым из которых могут быть свои условнорефлекторные связи, когда-то возникшие в условиях прошлого опыта. Ведущее значение в данном случае приобретают и м е н н о у с л о в и я р е а л и з а ц и и п р о и з в о д и м о г о в н у ш е н и я, что способствует снижению критики, а иногда даже делает возможным и прямое некритическое отношение к внушаемому состоянию или действию. Это обстоятельство в свое время получило отражение в известных словах А. Фореля: «внушение тем более сильно, чем более оно является с к р ы т ы м» (иначе говоря, косвенным).

Косвенное внушение с успехом может быть применено в бодрствующем состоянии исследуемого лица, причем оно обладает значительно большей силой внушающего воздействия, чем внушение прямое. Так, *оно нередко оказывает эффективное воздействие на тех лиц, на которых* прямое внушение действия не имеет, на что в свое время указывали В. М. Бехтерев, А. Форель, Ф. Левенфельд и др.

Наблюдения авторов говорят также о том, что в повседневной жизни случаи непроизвольно делаемых косвенных чреспредметных внушений чрезвычайно распространены и потому *имеют определенное значение*.

Необходимо признать, что в условиях повседневной деятельности человека вполне определенную роль играют также явления самовнушения.

С а м о в н у ш е н и е можно определить как явление внушающего действия со стороны следовых корковых процессов, связанных с раздражениями второй сигнальной системы.

И. П. Павлов считает, что сила самовнушения определяется степенью концентрации возбуждения в определенном районе коры. В известных случаях при сниженном корковом тонусе ограничение возбудительного про-

цесса может сопровождаться сильнейшим затормаживанием остальных *отделов коры, представляющих, как говорит* И. П. *Павлов,* «*коренные* интересы всего организма, его целости, его существования». Сила внушения или самовнушения может быть такова, что при определенных условиях «даже уничтожение организма может происходить без малейшей физиологической борьбы со стороны организма». В качестве примера И. П. Павлов приводит состояние различных религиозных экстатиков: «раз точный исторический факт, что христианские мученики не только терпеливо переносили, но с радостью шли на мучения..., то перед нами яркое доказательство силы самовнушения...». Он отмечает, что «... с физиологической точки зрения легко могут быть поняты произведенные путем внушения и самовнушения частичные нарушения целости организма при посредстве также теперь доказанной трофической иннервации»[1].

Путем самовнушения могут возникать, например, симптомы мнимой беременности, когда под влиянием раздражений, связанных со второй сигнальной системой, в организме женщины происходит ряд сложных вегетативно-эндокринных изменений, приводящих к возникновению внешних признаков беременности (деятельное состояние молочных желез, отложение жира в брюшных стенках и пр.), что ведет к симуляции беременности.

В других случаях самовнушение вызывает возникновение явлений стигматизации (у католических религиозных фанатиков) в форме определенных изменений в состоянии кожных покровов и т. д.

Каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе явлений самовнушения?

Как мы знаем, при наличии определенных воздействий, падающих на кору мозга из внешней или из внутренней среды, а также определенной «зарядки из подкорки», следы корковых временных связей и в том числе следы напряженно пережитых в прошлом эмоциональных состояний, могут оживляться, вследствие чего могут возникать и на их основе закрепляться новые вторичные по отношению к ним корковые временные связи. Все это проявляется в наибольшей степени при сниженном положительном тонусе коры мозга. В этом случае также резко снижается ее анализаторная деятельность, так как для тонкого анализа требуется достаточно сильное напряжение обоих нервных процессов — возбуждения и торможения.

В деятельности второй сигнальной системы такое снижение анализаторной функции получает свое выражение в виде с н и ж е н и я к р и т и к и. Этим самым создаются условия, облегчающие возникновение во второй сигнальной системе новых связей, недостаточно подкрепленных не только первосигнальными условными связями, но даже и безусловными фактами реальной действительности. И. П. Павлов, говоря о второй сигнальной системе, не раз предостерегал, что «многочисленные раздражения словом... удалили нас от действительности, и поэтому мы постоянно должны помнить это, чтобы не исказить наши отношения к действительности»[2].

Поэтому при определенных условиях может возникнуть доминирование второсигнальных с л е д о в ы х процессов над реальными воздействиями внешней среды. Одним из прямых результатов этого и является возникновение а к т а с а м о в н у ш е н и я. Оно образуется тогда, когда замыкательная функция осуществляется во второй сигнальной системе

---

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 379—380.
[2] Т а м ж е, стр. 457.

не под контролем сознательного, осмысленного восприятия, а оказывается, как образно выражается И. П. Павлов, «не считающейся больше или мало считающейся с действительностью и подчиняющейся главным образом эмоциональным влияниям подкорки»[1].

Отсюда понятно, почему акт самовнушения получает преобладающее значение. Он является совершенно изолированным от всех влияний и, следовательно, делается абсолютным и сильно действующим раздражителем. Явления самовнушения могут *оказать влияние* не только на весь характер высшей нервной деятельности, но даже и на деятельность анимально-эндокринно-вегетативной системы.

Поэтому явлениям самовнушения, механизмы которых в настоящее время физиологически обоснованы учением И. П. Павлова, необходимо придавать большее значение, чем это делалось до настоящего времени.

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 381.

ГЛАВА III

ВНУШЕННЫЙ СОН

Слово того, кто начинает гипнотизировать... при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение... во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений.

И. П. Павлов

Исторически начало изучению природы гипноза и словесного внушения в гипнотическом состоянии было положено в 40-х годах прошлого столетия английским хирургом Брэдом (Braid). Более глубокое изучение явлений гипноза и внушения было проведено во Франции в 70-х годах того же столетия, где этим вопросам были посвящены работы Шарко (Charcot) в Париже и Бернгейма (Bernheim) в Нанси.

Исследования, проводившиеся Шарко, привлекли к себе внимание врачей многих стран. Возникновение гипнотического состояния Шарко вызывал внезапными короткими сильными (или длительными слабыми) раздражениями таких органов чувств, как органы зрения, слуха и осязания. При этом самому словесному внушению Шарко придавал лишь второстепенное значение. Исследования проводились у 12 больных истерией, и внешнее сходство гипнотических явлений с истерическими привело Шарко к неправильному выводу о том, что «явления гипнотизма представляют собой искусственно вызываемый истерический невроз» и что эти явления «могут быть получены только у больных истерией».

Более широкую точку зрения высказал профессор Нансийского университета Бернгейм, по мнению которого в основе гипнотических явлений лежит свойственная нормальной человеческой психике внушаемость, гипноз же есть внушенный сон, который может иметь различную степень глубины и может быть вызван у большинства здоровых людей путем словесного внушения. Бернгейм установил, что внушаемость особенно повышается в наиболее глубокой, так называемой сомнамбулической стадии гипноза, во время которой возможно входить в словесный контакт с усыпленным. Эта стадия характеризуется амнезией после пробуждения, т. е. забвением всего того, что происходило в состоянии гипноза. Школа Бернгейма впер-

вые показала, что у некоторых лиц многие явления внушения можно вызывать и в бодрствующем состоянии.

Так как Шарко изучал явления гипноза у больных истерией, а Бернгейм у здоровых людей, то эти исследователи пришли к различным теоретическим выводам, положенным в дальнейшем в основу двух противоположных школ гипноза — парижской школы Шарко и нансийской школы Бернгейма. Последователи Шарко, как и он сам, продолжали рассматривать гипноз (по их терминологии «гипнотизм») как искусственно вызванное истерическое состояние, т. е. явление патологическое. Школа Бернгейма стала определять гипноз как внушенный сон, т. е. явление нормальное, физиологическое. Однако среди многочисленных исследователей, примыкавших к нансийской психологической школе, не было единого мнения по вопросу о сущности и механизмах внушения и гипноза.

В конце XIX столетия гипноз и внушение изучались многими исследователями, в числе которых были биологи, психологи, врачи, педагоги и др. Они накопили огромный и разнообразный фактический материал, ставили вопросы о природе гипнотического состояния, механизме его развития, сущности внушения и т. д. Сближение гипноза с обычным сном со стороны некоторых исследователей было для многих недостаточно убедительно. Оставалось неясным, что же представляет собой само гипнотическое состояние: сон ли это, нормальное ли или патологическое состояние; полезно оно или вредно; как оно может быть объяснено с физиологической или психологической точки зрения.

Внимание психологов особенно привлекал факт изменения поведения усыпленного под влиянием словесного внушения как во время пребывания его в гипнозе, так и после него и возможность влиять посредством внушения на высшие процессы — мышление, сферу чувств и воли и пр. Однако ни одна из выдвинутых к тому времени теорий не давала исчерпывающих объяснений, так как психологические теории гипноза в тот период строились на основе самонаблюдения и других методов умозрительной психологии. Так, по мнению Менделя (Mendel), гипноз есть состояние сильного раздражения головного мозга; Цимссен (Zimssen) считает, что это — состояние угнетения коры мозга, а Ферворн (Verworn) полагает, что это — наивысшая степень бодрствования. В. Я. Данилевский (1888, 1924) рассматривал гипноз как «явление психорефлекторного торможения». По мнению В. М. Бехтерева (1911), гипноз представляет собой своеобразное видоизменение естественного сна.

Таким образом, в конце XIX и начале XX столетия в вопросе о внушении и гипнозе не было необходимой ясности. Широкий путь к решению проблемы внушения и гипноза был открыт лишь исследованиями И. П. Павлова и его школы, создавших физиологию высшей нервной деятельности, а на ее основе — учение о сне и гипнозе.

Переходя к рассмотрению условий развития у человека гипнотического состояния и возникающего на его основе внушенного сна, считаем необходимым отметить некоторые связанные с этими вопросами основные понятия, прямым образом вытекающие из учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Так, *гипнотическим состоянием* И. П. Павлов называет состояние корковых клеток в переходном периоде между бодрствованием и сонным торможением. Поэтому «когда начинается гипнотическое состояние, состояние торможения, корковые клетки как бы приходят в более слабое, менее работоспособное состояние — для них понижается предел допустимой, возможной возбудимости»[1].

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 336.

Гипнотическим сном является такое состояние коры мозга, при котором переходное (фазовое) состояние уже распространилось на весь кинэстезический анализатор, деятельность произвольной иннервации оказалась выключенной и животное (или человек) находится в состоянии *двигательного покоя, неизменно сохраняя позу сна и внешний* облик спящего, т. е. живого существа, погруженного в состояние общего сонного торможения. Однако в данном случае большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. «Следовательно,— говорит И. П. Павлов,— при гипнозе речь идет не о полном сне, а о парциальном сне. Этим и отличается гипнотический сон от естественного»[1].

Наконец, внушенным сном *называют гипнотический сон* человека, вызванный словесным внушением, т. е. раздражителем второй сигнальной системы соответствующего содержания. Внушенный сон человека отличается от гипнотического сна животного не только способом его вызывания (словесное внушение), но и наличием так называемого раппорта (сохраняющейся способности речевой связи с усыпившим), а также состояния повышенной внушаемости. Путем словесного внушения некоторые участки *речедвигательного, кинэстезического и других анализаторов* могут быть выводимы из тормозного состояния, в силу чего у человека, находящегося в состоянии внушенного сна, можно получить разнообразные реакции соответственно содержанию словесного внушения. Вместе с тем внушенный сон является частным случаем условнорефлекторного сна: это есть условнорефлекторный сон, но вызванный и поддерживаемый соответствующим словесным внушением, чем он и отличается (по механизму своего развития) от обычного условнорефлекторного сна, вызываемого условными раздражителями первой сигнальной системы.

Таким образом, при определенных условиях под воздействием словесного внушения соответствующего содержания бодрствующее состояние может перейти в гипнотическое, а с распространением последнего на значительную часть коры мозга — состояние внушенного сна. Состояние внушенного сна при его дальнейшем распространении и углублении, приводящем к утрате раппорта, в свою очередь переходит в естественный сон. Следовательно, качественно отличные одно от другого состояния — бодрствующее, гипнотическое, естественного сна — последовательно переходят одно в другое. Отсюда следует, что внушенный сон человека является частным случаем его гипнотического сна, гипнотический сон есть частный случай сна условнорефлекторного, а условнорефлекторный сон представляет одну из разновидностей естественного сна.

Внутреннее торможение, распространяясь и углубляясь, образует разные степени гипнотического состояния. Обращает на себя особое внимание разнообразие и многочисленность стадий гипноза, который вначале почти не отличается от состояния бодрствования. Возникающая функциональная расчлененность корковых систем с частичным разделением коры мозга на сонные и бодрствующие отделы проявляется в том, что в определенной фазе гипноза загипнотизированный человек отлично понимает то, что ему говорят, и даже помнит об этом впоследствии, но не способен производить никаких движений. Таким образом, явления гипноза человека есть результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрствующие отделы, происходящего под влиянием словесных внушений.

Это явление совершенно аналогично гипнотическому состоянию животных, которое характеризуется заторможенностью одной только дви-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 484.

гательной области больших полушарий. У животного в этом состоянии наблюдаются рефлексы на глазные мускулы (животное следит глазами за экспериментатором), на железы (при подаче еды у неподвижно стоящего животного начинает течь слюна) и, наконец, тонические рефлексы среднего мозга на скелетную мускулатуру для удержания того положения, в которое приведено животное (каталепсия). Однако у животного, находящегося в этом состоянии, нет обычных признаков сна, но имеется мускульный покой. И. П. Павлов по этому поводу писал, что «...наблюдения открывают в с е б о л ь ш е е р а з н о о б р а з и е с и м п т о м о в гипнотического состояния, все более тонкие градации его, часто едва отличающиеся от бодрого состояния; в с е б о л ь ш у ю п о д в и ж н о с т ь г и п н о т и ч е с к о г о с о с т о я н и я в зависимости от мельчайших изменений обстановки...»[1] (разрядка наша.— *К. П.*).

Останавливаясь на особенностях гипноза человека, И. П. Павлов подчеркивал, что из-за большей сложности человеческого мозга отдельные гипнотические явления гораздо разнообразнее у человека, чем у животного. Прежде всего среди гипнотических явлений у человека привлекает особое внимание так называемое внушение. Кроме того, для человеческого гипнотического состояния, вызываемого и поддерживаемого воздействием словесного внушения, специфично явление раппорта, т. е. сохранение речевой связи между усыпленным и усыпившим. Наконец, для гипнотического состояния человека не менее специфично «застревание» корковых клеток в некотором «фазовом», переходном состоянии от деятельного к сонному. В силу этого известные фазы гипнотического состояния у человека остаются более или менее стационарными. Именно в этом переходном состоянии и может иметь место парадоксальная фаза, при которой создаются условия повышенной внушаемости и реализации гипнотических внушений («фаза внушения»).

Таким образом, мы видим, что И. П. Павлову удалось раскрыть многие стороны физиологических механизмов, лежащих в основе гипнотического состояния не только животного, но и человека. Прежде всего сюда относится то важное обстоятельство, что в гипнотическом состоянии имеет место более или менее глубокая функциональная диссоциация коры мозга на сонные и бодрствующие участки и возможность при известных условиях перемещения этих диссоциированных районов по мозговой массе больших полушарий, вызываемого путем соответствующих словесных внушений.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВНУШЕННОГО СНА И ЗОНЫ РАППОРТА

Прежде всего необходимо разобрать физиологическую значимость императивно сказанного слова «спать», приводящего при определенных условиях к развитию внушенного сна.

Как мы уже видели из приведенных выше примеров образования условного рефлекса на словесный раздражитель, последний, как правило, вызывает реакцию, соответствующую содержанию слова. То же самое наблюдается при действии условных раздражителей, которые прочно связаны с состоянием сна. Поэтому слова «засыпайте», «спите», огромное число раз совпадавшие до того с развитием физиологического сна, являются условными раздражителями, которые вызывают возникновение сна.

Однако в данном случае сонное состояние выражено не в форме п о л н о г о, т. е. естественного сна, а в форме частичного, гипнотического

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 330.

сна. Оно характеризуется тем, что между усыпленным и усыпившим его лицом продолжает сохраняться речевой контакт, получивший название раппорта. Таким образом, в деятельности коры мозга человека, находящегося во внушенном сне, имеются определенные особенности. Для этого состояния специфично расчленение коры мозга на участки сна и бодрствования, приводящее, во-первых, к явлению раппорта, а во-вторых, к явлению повышенной внушаемости.

Как известно, И. П. Павлов (1927) *пришел к выводу, что во время бодрствования большие полушария представляют систему, все части которой находятся во взаимодействии друг с другом.* При этом, по И. П. Павлову, *состояние бодрствования* «поддерживается падающими на большие полушария, главнейшим образом из внешнего мира, и более или менее быстро сменяющимися раздражениями, а также движением раздражения как в силу установившихся связей между следами бесчисленных прежних раздражений, так и устанавливающихся между новыми и старыми раздражениями»[1]. В условиях же той функциональной разобщенности, которая специфична для различных районов коры мозга, находящейся в состоянии внушенного сна, это взаимодействие всех частей больших полушарий друг с другом уже отсутствует.

Каковы особенности возникающего в этих условиях явления раппорта?

Зона раппорта, создаваемая у усыпленного путем словесных внушений, представляет более или менее ограниченный очаг концентрированного возбуждения, изолированный отрицательной индукцией от остальных районов коры. По этой причине замыкательная функция корковых клеток в зоне очага возбуждения резко повышается. Непрерывно функционирующая («бодрствующая») зона раппорта обеспечивает возможность не только сохранения постоянного контакта между усыпившим и усыпленным, но и реализации словесных внушений. В случае распространения сонного торможения на зону раппорта связь с усыпленным теряется, а внушенный сон переходит в полный сон.

Следует отметить, что раппорт с усыпленным может быть изолированным (реагирование только на слова усыпившего) или же обобщенным (генерализованным), когда любой из присутствующих может вступить с усыпленным в речевой контакт. Это обусловлено тем, что при изолированном раппорте у усыпленного имеется комплексная и притом тонко диференцированная условная реакция на усыпившего, т. е. не только на его слова, но и на тембр его голоса, интонацию речи, манеру себя держать и т. д. Путем соответствующего словесного внушения усыпившего это состояние изолированного раппорта может быть распространено и на другое лицо (явление «передачи раппорта»).

Условия сохраняющегося раппорта несколько аналогичны картине «сторожевого пункта» при обычном частичном сне. Однако, как мы знаем, «сторожевой пункт» только пробуждает спящего в нужный момент, как это видно, например, из экспериментальных исследований Б. Н. Бирмана (1925), *в то время как в условиях раппорта, возникающего исключительно лишь в состоянии внушенного сна и сохраняющегося только в течение времени пребывания усыпленного в этом состоянии, могут быть приводимы в действие различные физиологические механизмы как первой и второй сигнальных систем, так и подкорки. При этом осуществляется* замыкательная функция коры мозга усыпленного, о чем говорят создаваемые словесным внушением усыпившего новые временные связи, и вы-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 236.

зываются тем же внушением разнообразные реакции. Вместе с тем в этих условиях усыпленный нередко весьма тонко и адекватно реагирует на речевые воздействия усыпившего, причем, как известно, всё это происходит без нарушения внушенного сна.

Далее необходимо подчеркнуть, что зона раппорта в отличие от «сторожевого пункта» специфична именно как явление второсигнальное: она создается словами усыпления. Кроме того, имеется еще одно важное обстоятельство, отличающее зону раппорта от «сторожевого пункта». Дело в том, что зона раппорта не стабильна, а наоборот, подвижна и динамична. При этом, будучи связана с одним определенным участком второй сигнальной системы усыпленного, на который прямым образом падали слова усыпления, зона раппорта в дальнейшем может входить в связь то с одними, то с другими участками коры мозга, относящимися как ко второй, так и к первой сигнальной системе, что стоит в прямой зависимости от содержания тех речевых воздействий, какие будут при этом исходить от усыпившего. Это вовлечение в сферу деятельности зоны раппорта новых корковых участков, повидимому, осуществляется путем направленного иррадиирования раздражительного процесса, вследствие чего эти участки, растормаживаясь, временно приходят в деятельное состояние.

Наконец, необходимо отметить, что на особенности динамических структур, возникающих в зоне раппорта, оказывают влияние черты личности врача, проводившего усыпление. Так как в данном случае вырабатывается условнорефлекторная реакция, поэтому раппорт изолирован. Усыпленный реагирует на слова только того врача, с которым был установлен контакт.

Все это говорит о том, что явление раппорта и лежащая в его основе зона раппорта качественно отличны от элементарного «сторожевого пункта», столь часто возникающего в условиях естественного сна.

Таким образом, явление раппорта представляет одно из наиболее ярких проявлений функциональной расчлененности второй сигнальной системы коры мозга на участки сна и бодрствования.

Естественно, возникает вопрос: в какой именно фазе переходного состояния находится кора мозга человека в условиях внушенного сна, если оказывается возможным вызывать у него словесным внушением самые разнообразные, простые и сложные, физиологические реакции, например, в сомнамбулической стадии внушенного сна?

Ф. П. Майоров (1950), основываясь на результатах своих исследований, приходит к выводу, что «сомнамбулическая фаза гипноза характеризуется глубокой диссоциацией корковой деятельности, в основе которой лежит механизм отрицательной индукции с одной корковой функциональной системы на другие». Такая диссоциация может иметь место, например, между афферентной и эфферентной системой. Таким образом, сомнамбулическая фаза не обязательно является именно «глубокой фазой гипноза», как это понималось клиницистами.

Со своей стороны нам хотелось бы подчеркнуть существование некоторых оптимальных условий, при которых словесные внушения реализуются и закрепляются наиболее легко и прочно, вызывая самые разнообразные физиологические реакции. Повидимому, это может иметь место именно тогда, когда заторможенные корковые связи будут наиболее легко растормаживаться импульсами, исходящими из зоны раппорта, призванными избирательно приводить в деятельное состояние то одни, то другие из них, соответственно содержанию словесных внушений.

Однако у разных лиц могут быть свои индивидуальные особенности, в зависимости от типовых особенностей их нервной системы. Так, у одних лиц такое оптимальное соотношение силы затормаживающего (слова усы-

пления) и растормаживающего (слова внушения) воздействий на корковую динамику, исходящих от усыпившего лица, будет иметь место лишь в условиях достаточно глубокой функциональной диссоциации корковой деятельности, свойственной «сомнамбулической фазе» гипноза (что отвечает представлениям Ф. П. Майорова), в то время как у других оно может возникать уже при самых начальных признаках внушенного сна.

Даже в бодрствующем состоянии (например, в случае сниженного тонуса коры мозга) возможна реализация внушений, на что обращал внимание В. М. Бехтерев.

Каковы же физиологические механизмы, определяющие собой степень гипнабильности? И какими путями вызывается у человека состояние внушенного сна?

Издавна известно, что у разных людей степень их гипнабильности различная, начиная от полного ее отсутствия у одних и вплоть до весьма быстрого развития глубокой сомнамбулической стадии у других. Исходя из концепции И. П. Павлова о физиологии высшей нервной деятельности, можно считать, что в основе полной негипнабильности, свойственной некоторым лицам, может лежать присущее их корковой динамике превалирование второй сигнальной системы над первой (мыслительный тип нервной системы), при высокой уравновешенности и подвижности основных корковых процессов. В основе повышенной гипнабильности, повидимому, может лежать превалирование первой сигнальной системы над второй (присущее художественному типу нервной системы), с легким возникновением явлений взаимной индукции между деятельностями, связанными со второй сигнальной системой. В данном случае сильное императивное словесное воздействие усыпляющего оказывает на кору мозга усыпляемого двоякое и прямо противоположное одно другому влияние. Оно ведет, *во-первых, к образованию в слуховой области* стойкого очага концентрированного возбуждения (зона раппорта), а *во-вторых, к одновременному снижению положительного* тонуса в заторможенных районах коры мозга, т. е. способствует развитию во всех остальных ее *районах все более углубляющегося* разлитого сонного торможения.

Таким образом, возникает картина глубокого и стойкого функционального расчленения коры мозга на бодрствующие и сонные отделы, характерные для *состояния внушенного сна. Эта точка зрения полностью* отвечает указаниям И. П. Павлова на то, что в основе внушаемости лежит слабость корковых *клеток, приводящая к легкому переходу их в тормозное состояние*, а отсюда к разорванности нормальной и, следовательно, объединенной работы *всей коры*.

Обнаруживаемая в последних исследованиях И. В. Стрельчука (1953) *зависимость гипнабильности от степени тормозимости той сигнальной си*стемы (первой или же второй), на которую направлены гипногенные раз*дражители, раскрывает также и другие стороны отмеченного выше меха*низма функционального расчленения коры мозга. У одних лиц, по дан*ным автора, эти явления легче возникают при первичном* воздействии на вторую сигнальную систему (путем словесного усыпления), *у других — на первую сигнальную систему* (усыпление путем раздражения зрительного, слухового или тактильного анализатора), а у третьих — *на обе сигнальные системы* одновременно.

Далее, согласно указанию ряда авторов (В. М. Бехтерев, А. А. Токарский, О. Фогт, О. Г. Веттерстранд, А. Форель и многие другие), подтверждаемому и нашими наблюдениями, гипнабильность от сеанса к сеансу *может возрастать. Исследуемые, оказавшиеся негипнабильными*, в дальнейшем путем ряда специальных приемов усыпления могут постепенно при-

ходить в гипнотическое состояние. Все это говорит о том, что готовность коры мозга к стойкому функциональному расчленению ее на бодрые и сонные участки оказывается тренируемой, а также о том, что в основе процесса усыпления лежит механизм временных связей, упрочивающихся все более и более по мере их подкрепления. Далее известно, что удачное усыпление одного человека в присутствии другого, негипнабильного, способствует усыплению последнего по механизму подражательного рефлекса.

Напомним по этому поводу, что, как это экспериментально доказано В. Я. Кряжевым (1940) и М. П. Штодиным (1947) на собаках, условный рефлекс нередко образуется у животного самостоятельно только при одном присутствии его при процедуре образования условного рефлекса у другого животного.

Какие же особые черты высшей нервной деятельности могут быть специфичны для лиц, легко впадающих в сомнамбулическую фазу гипноза и легко дающих в этом состоянии различные внушенные реакции?

По В. М. Бехтереву (1898), они отличаются от всех прочих людей тем, что они не в состоянии противодействовать внушениям. Вследствие этого при отсутствии психического сопротивления со стороны внушаемого такого рода внушение действует на него «с непреодолимой силой». Далее, известно, что некоторые из них иногда теряют свой сомнамбулизм, причем их способность к сомнамбулическим реакциям, а в том числе и готовность дать сонную реакцию, иногда по тем или иным причинам вдруг исчезает. В то же время другие исследуемые сохраняют эту способность с молодых лет до глубокой старости.

Наконец, необходимо отметить, что сомнамбулизм данного лица, ярко выраженный в отношении одного экспериментатора, в то же время может отсутствовать в отношении другого, причем эта «сомнамбулическая готовность», с установкой на одно какое-либо лицо, может быть путем словесного внушения перенесена на другое лицо. Иногда же она вообще имеет генерализованный характер. Таким образом, повидимому, нет постоянного, абсолютного сомнамбулизма, а есть лишь свойство нервной системы отдельных лиц давать при определенных условиях сомнамбулические реакции, обусловленные повышенной готовностью коры их мозга к глубокому функциональному расчленению на участки сна и бодрствования.

Нас давно (1930) интересовал вопрос о типе нервной системы, к которому могут принадлежать люди, легко впадающие в сомнамбулическую стадию. К разрешению этого вопроса ближе других подошел И. А. Вольперт (1952). На основании своих наблюдений он пришел к выводу о том, что лица, легко впадающие в сомнамбулическую фазу гипноза, «принадлежат, как правило, к выраженному художественному типу высшей нервной деятельности». Наблюдения, проведенные у нас Е. С. Катковым, при массовых исследованиях внушаемости студентов театрального и музыкального техникумов, действительно, подтверждают, что среди этого контингента оказывается относительно большое число лиц, у которых можно получить сомнамбулическую стадию. Таким образом, для исследуемых с сомнамбулической стадией, повидимому, может быть специфична *функциональная слабость, легкая тормозимость второй сигнальной системы* и возможность функционального разобщения ее от первой сигнальной системы.

Таким образом, вопрос о природе сомнамбулизма еще далек от своего разрешения. Повидимому, существенную помощь в анализе этого явления и в выяснении вопроса о том, какое количество людей может давать сомнамбулическую реакцию, может оказать лаборатория.

Путем каких же практических приемов человек может быть приводим в состояние внушенного сна?

Таких приемов и лежащих в их основе физиологических механизмов два.

1. Внезапное сильное раздражение словом, приводящее к почти мгновенно возникающему состоянию внушенного сна. В основе этого *явления лежит механизм остро развившегося во второй сигнальной системе* запредельного торможения, что и приводит обширные участки коры мозга в состояние глубокого сонного торможения при сохранении бодрствующей зоны раппорта.

Это напоминает картину гипноза животных, при котором мозговые полушария охватываются торможением, развивающимся также по механизму запредельного охранительного торможения и приводящим животное *к полной двигательной заторможенности, а вследствие этого и к временной* утрате реакций на тактильные и болевые раздражения.

2. Воздействие многократно повторяющихся тихих, монотонных усыпляющих словесных раздражений, приводящее к постепенному *развитию в коре мозга гипнотического состояния, охватывающего бóльшие* или меньшие ее участки. В этом случае в основе явления внушенного сна лежит механизм внутреннего, или условного торможения.

*Как отмечает И. П. Павлов (1927), постоянно применяющийся спо*соб приведения человека в такое именно состояние внушенного сна — это повторно произносимые в однообразном тоне слова, описывающие физиологические изменения, у всех нас прочно связанные с сонным торможением и потому его вызывающие. Гипнотизировать может все то, что в прошлом совпадало несколько раз с состоянием сна. Нужно отметить, что большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее достигают цели, чем *они чаще применяются. Таким образом, чем чаще повторяется гипнотиза*ция, тем более повышается гипнабильность усыпляемого; в большинстве случаев это и наблюдается в действительности.

При повторном развитии внушенного сна последний может возникать уже условнорефлекторным путем под влиянием раздражителей первой сигнальной системы, которые до этого совпадали со словесным усыплением. Так, некоторые из наших исследуемых, неоднократно приводив*шиеся в состояние внушенного сна словесным внушением, сопровождав*шимся ударами метронома, впадали в это состояние уже в ожидании своей очереди в приемной, лишь услышав звуки метронома, доносившиеся из лабораторного кабинета. Таким образом, звук ритмичных ударов метронома, бывший до того для этих лиц индиферентным, становится условным раздражителем первой сигнальной системы, приводящим их в состояние внушенного сна, вызывавшегося до того речевой инструкцией: *«Засыпайте!», «Спите!», т. е. раздражителями второй сигнальной системы.* Другие исследуемые отмечают сонливость, возникающую у них, как только входят в помещение, в котором они до того неоднократно приводились в состояние внушенного сна. В этом случае сама окружающая обстановка вызывает у них условнорефлекторным путем развитие картины внушенного сна.

Приводим пример из наших прежних наблюдений (1930).

*Исследуемая Ш., регулярно приходившая в лабораторию для сеан*сов внушения, после ряда таких посещений, как только ее укладывали на кушетку, тотчас же, задолго до усыпления, начинала впадать в дремотное состояние (что мы могли уловить по кривой дыхания в самом начале работы записывающего аппарата). Так как такого рода явление было для нас нежелательным, нам приходилось прерывать его соответствующим словесным внушением: «Вам не хочется спать!», после чего

дыхание становилось более глубоким и одновременно появлялись другие признаки бодрствования (рис. 7).

Когда же однажды мы предоставили исследуемой Ш. возможность заснуть таким образом до начала исследования, то оказалось, что в этом самостоятельно развившемся под влиянием окружающей обстановки условнорефлекторном сне у нее сохранились все специфические особенности внушенного сна: реагирование на словесное воздействие, реализация внушенных состояний и пр.

То же явление наблюдал и наш сотрудник А. М. Цынкин (1930). И. О. Нарбутович (1933) сочетал слова, которыми внушалось усыпление, с действием метронома при частоте 58 ударов в минуту, а слова, которые пробуждали усыпленного,— с действием метронома, при частоте 200 ударов в минуту. Таким путем у усыпляемых он выработал соответствующие

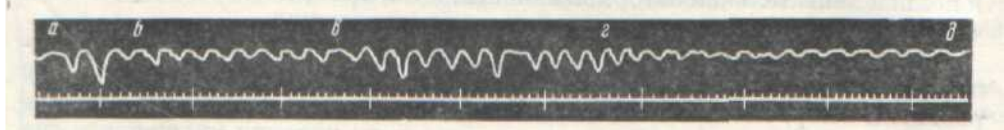


Рис. 7. Дыхание в бодрствующем состоянии (*а—б*), при самостоятельно развившемся дремотном состоянии (*б—в*), после пробуждения словами: «Вам спать не хочется!» (*в—г*) и после словесного усыпления (*г—д*).

условнорефлекторные реакции. При частоте 58 ударов в минуту метроном вызывал у исследуемых состояние сна, а при 200 ударах в минуту эти лица пробуждались. Все это подтверждает слова И. П. Павлова о том, что «гипнотическое состояние как тормозное очень легко входит на основании одновременности во временную условную связь с многочисленными внешними агентами»[1].

Следует отметить, что нередко приходится наблюдать неблагоприятное влияние на возникновение внушенного сна непривычных условий внешней среды: лица, быстро впадающие в состояние внушенного сна в привычных условиях, в новой, необычной для их первой сигнальной системы, обстановке первое время засыпают медленнее и менее глубоко, а иногда их вначале совсем не удается усыпить. И, наоборот, при частых усыплениях в обычной для них обстановке внушенный сон развивается быстрее. Все это говорит о том, что внушенный сон развивается по механизму временных связей.

Итак, для возникновения внушенного сна как особого физиологического состояния коры мозга, подобного, но не тождественного состоянию естественного сна, необходимы:

1) наличие у исследуемого положительного отношения к возможности усыпления;

2) легкая тормозимость коры мозга усыпляемого и ее готовность к функциональному расчленению на сонные и бодрствующие участки;

3) отсутствие каких-либо противодействующих этому причин;

4) исходящие от усыпляющего соответствующие гипногенные словесные внушения.

ГЛУБИНА ВНУШЕННОГО СНА

Нас интересовал вопрос о возможности изменения словесным внушением степени интенсивности (глубины) внушенного сна. Для этой цели мы

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 454.

использовали слова соответствующего содержания: «Засыпайте глубже!», «Спите глубоко!» , «Спите неглубоко!», «Находитесь в легкой дремоте!» и т. п. При этом для определения глубины сна обычно применялись различные раздражители, вызывающие у исследуемого реакцию, характер которой мог быть так или иначе объективно зарегистрирован. Одни и те же раздражители вызывали различные по выраженности реакции, в зависимости от содержания внушения, направленного на изменение глубины сна. Пневмограммы, приведенные на рис. 8 и 9, свидетельствуют о

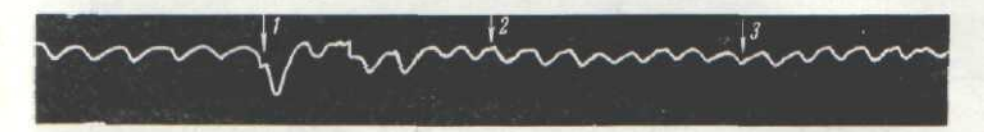


Рис. 8. Дыхание во внушенном сне. Кашель экспериментатора (1) вызвал изменение дыхания. После инструкции «Спать глубже!» (2) изменения дыхания на тот же раздражитель не наблюдалось (3).



Рис. 9. Дыхание во внушенном сне. Внезапный сильный удар в ладоши над самым ухом усыпленной вызвал изменение дыхания и общее движение. После приказа «Спать глубже!» тот же раздражитель, как и ряд других, реакции не вызывал. После словесного внушения «Спите поверхностно!» те же раздражители снова вызывали реакции.

том, что путем словесного воздействия можно как углублять, так и ослаблять тормозное состояние коры мозга.

В какой мере состояние внушенного сна может быть углублено путем словесного воздействия, показывают наши исследования, относящиеся к 1928 г., в которых в качестве раздражителя применялся сильный удар металлическим молотком по большому листу (площадью в 1,3×1,5 м) кровельного железа.

На это раздражение исследуемая в бодрствующем состоянии всегда давала весьма бурную дыхательную реакцию, сопровождавшуюся также и повышением кровяного давления (на 15—20 мм). На рис. 10 видна эта дыхательная реакция. Она не могла быть произвольно задержана исследуемой даже в том случае, когда имело место соответствующее приказание: «При ударе молотком задержите дыхание!», как это и показывает правая часть кривой.

Избрав для проверки степени глубины внушенного сна раздражение в форме удара молотком по железному листу, мы в дальнейшем углубляли внушенный сон словами: «Спать глубже!», «Вы спите очень глубоко!». Каких-либо других внушений, так или иначе способствующих торможению слухового анализатора («Вы не слышите» и т. п.), в данном случае сознательно не делалось.

Усыпив исследуемую путем обычного приказа: «Засыпайте!», «Спать!» и убедившись по кривой дыхания в действительном наступлении внушенного сна, мы наносили сильный удар молотком по железному листу. Пробуждения это не вызывало, но реакция со стороны дыхания получа-

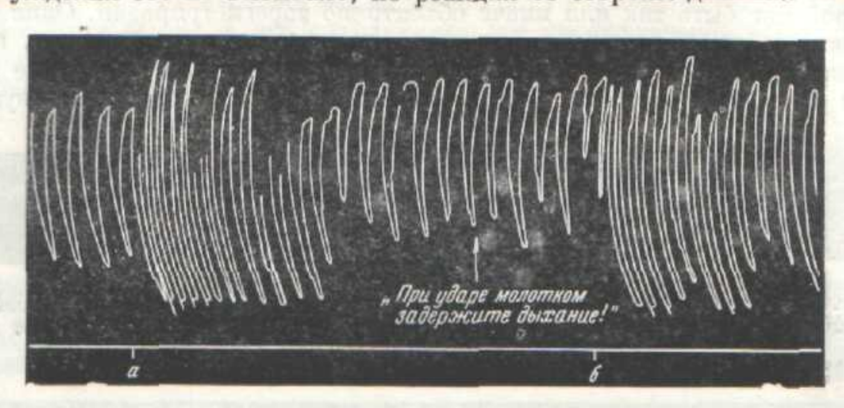


Рис. 10. Дыхательные реакции бодрствующей исследуемой на сверхсильные для нее звуковые раздражители (удары молотком по железному листу).

а — удар нанесен внезапно; *б* — после инструкции: «При ударе молотком задержите дыхание!».

лась довольно сильная (рис. 11). Однако она была слабее, чем в бодрствующем состоянии. После дальнейшего углубления сна эти пробы давали более слабую реакцию и, в конце концов, раздражитель не стал вызывать изменений со стороны дыхания.

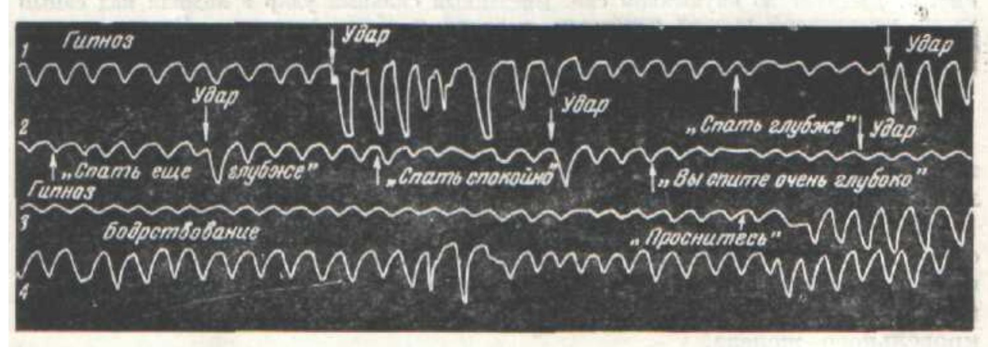


Рис. 11. Изменение словесным внушением глубины внушенного сна. Показателем глубины сна служила величина дыхательной реакции исследуемой на внезапные звуковые раздражения (удары молотком по железному листу).

1 и *2* — ослабление дыхательной реакции на удар по мере углубления внушенного сна; *3* — дыхание в условиях спокойного внушенного сна и пробуждения из него; *4* — дыхание в бодрствующем состоянии.

Для исключения сомнения в возможности привыкания исследуемой к указанным раздражителям (удары по листу железа) было проведено контрольное исследование, состоявшее в том, что во время внушенного сна, без каких бы то ни было словесных внушений, мы нанесли несколько ударов молотком по тому же листу. Как показывает кривая, при каждом таком ударе во все моменты раздражения реакция была одинаковой по силе (рис. 12).

В связи с этим возник вопрос, наступит ли у наблюдаемого лица внушенный глубокий и спокойный сон, если словесное внушение об этом будет *сделано не на данное, а на будущее время*.

Чтобы ответить на этот вопрос, исследуемой Ш. во внушенном сне было сделано внушение такого содержания: «Послезавтра, 8 декабря,

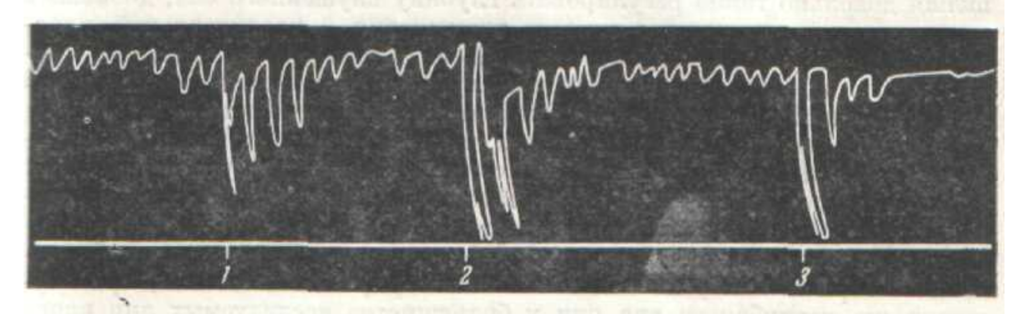


Рис. 12. Дыхание во внушенном сне при ряде одинаковых по силе внезапных звуковых раздражений.

1, 2 и *3* — удары молотком по железному листу.

вы придете в лабораторию, ляжете на кушетку, тотчас же заснете, будете спать крепким и глубоким сном, и ничто не будет вас пробуждать!». Это внушение реализовалось полностью: как только исследуемая через день пришла в лабораторию, она сама легла на кушетку и тотчас же заснула, объективными признаками чего были и соответствующие изменения дыхания и падение артериального давления. При этом на протяжении

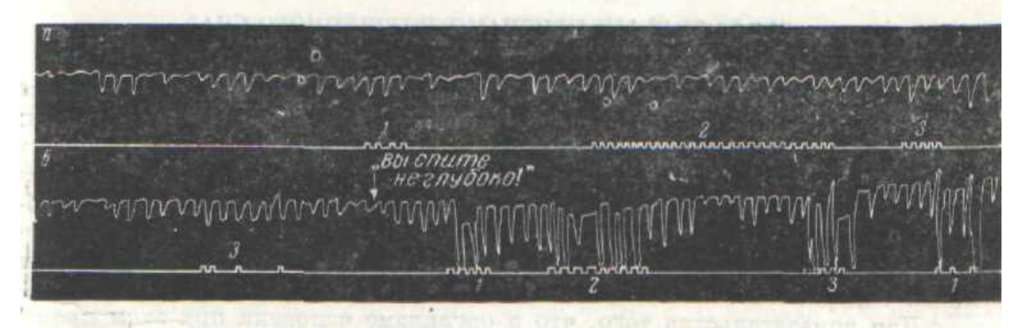


Рис. 13. Дыхание во внушенном сне.

а — в условиях глубокого сна, возникшего в результате сделанного ранее постгипнотического внушения (реакции на раздражения отсутствуют); *б* — после инструкции: «Вы спите неглубоко!». На различные раздражения возникает дыхательная реакция.

1 — кашель экспериментатора; *2* — громыхание листа железа; *3* — удары молотком по железному листу.

45-минутного сна такие раздражения, как громыхание большого железного листа и удар по нему железным молотком, не вызывали тех реакций, которые возникали без соответствующего внушения.

Внушение н е г л у б о к о г о сна тотчас же привело к восстановлению всех указанных реакций на действие раздражителей (рис. 13). При повторном исследовании картина была такая же.

Резюмируя данные этих исследований, нужно сказать, что, вызывая словесным воздействием состояние внушенного сна, мы в последующем можем путем соответствующих словесных внушений ослаблять заторможенное состояние коры мозга или, наоборот, усиливать его, объективным

показателем чего могут служить реакции со стороны тех или иных отделов вегетативной нервной системы.

Еще более показательны исследования степени глубины внушенного сна, проведенные Ю. А. Поворинским и Н. Н. Трауготт (1936) по методу условных рефлексов, причем этим авторам удалось путем словесного внушения довольно тонко регулировать глубину внушенного сна, добиваясь *проявления различных фаз сонного торможения — уравнительной, парадоксальной и ультрапарадоксальной.* Если в наших исследованиях критерием углубления внушенного сна служили дыхательные реакции, то у данных авторов показателем были двигательные реакции.

Аналогичные результаты были получены И. И. Короткиным, Ф. П. Майоровым и М. М. Сусловой (1951) *при исследовании сомнамбулической фазы:* пользуясь словесным внушением, авторы изменяли интенсивность сонного торможения (в ту или другую сторону). При этом критерием служило состояние условных (мигательных) рефлексов: при внушении глубокого сонного торможения условные мигательные рефлексы исчезали, при внушении же *неглубокого сна они у большинства исследуемых лиц вновь* проявлялись. Та же закономерность наблюдалась и в отношении безусловных мигательных рефлексов.

В последнее время аналогичные данные были получены А. Н. Марениной (1952), которая использовала электроэнцефалографическое исследование. При изменении путем словесных внушений глубины внушенного сна возникали соответствующие изменения и в характере электроэнцефалограммы.

Все эти данные с несомненностью указывают на возможность управления глубиной внушенного сна, используя соответствующие внушения.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУШЕННОГО СНА

Итак, мы убедились в том, что при определенных условиях словесное воздействие, примененное в форме императивной словесной инструкции: «Засыпайте!», «Спите!», действительно, приводит кору мозга человека в состояние сонного торможения (внушенного сна), причем в ней остается бодрствующий пункт, *обеспечивающий сохранение раппорта с усыпляющим.* В этих условиях открывается возможность особенно эффективного воздействия на корковую динамику в виде словесного внушения того или иного содержания.

Для доказательства того, что в организме человека при этом происходят изменения, соответствующие *содержанию слов усыпления,* мы объективно регистрировали реакции со стороны вегетативной нервной системы. Особое значение мы придавали уровню артериального давления, так как ни в одном из классических трудов по гипнозу не было сколько-нибудь точных указаний на его состояние во внушенном сне.

Результаты исследований ряда авторов, опубликованные в прошлые годы, в этом отношении очень скудны и противоречивы. Так, по данным Ленка (Lenk, 1920). в гипнотическом сне артериальное давление повышается, из чего он делает вывод, что загипнотизированный находится в состоянии аффекта. По данным Дейча и Кауфе (Deutsch и Kauff, 1923), артериальное давление во время внушенного сна также повышается.

Нами было подмечено, что во внушенном сне артериальное давление *оказывается не повышенным,* а *п о н и ж е н н ы м.* Так, А. М. Цынкин (1930) провел систематическое исследование у большого числа лиц (71 наблюдение на 26 исследуемых) артериального давления во внушенном сне.

Данные автора показали, что в условиях внушенного сна оно было ниже, чем в бодрствующем состоянии, причем у разных исследуемых степень падения его колебалась от 8 до 25 мм.

Было отмечено также, что скорость падения артериального давления при переходе из бодрствующего состояния в состояние внушенного сна *и повышения давления при пробуждении находилась в прямой зависимости* от скорости перехода усыпляемого из одного состояния в другое. Это явление оказалось вполне закономерным: когда бы мы ни исследовали артериальное давление, у любого исследуемого всегда наблюдалась такая картина (рис. 14).

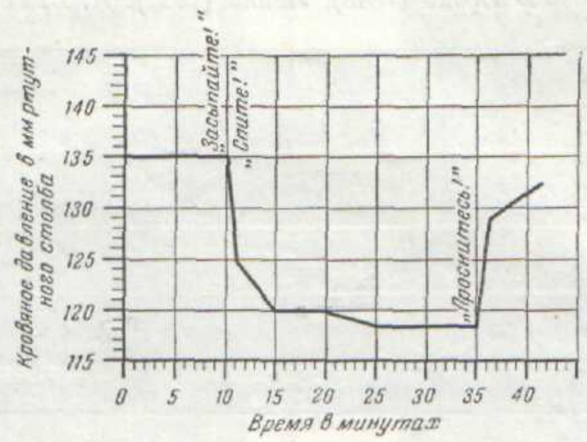


Рис. 14. Изменения уровня кровяного давления при погружении во внушенный сон и выходе из него.

Отметим, что А. М. Цынкин (1930) в сотрудничестве с К. К. Платоновым измерял артериальное давление также в естественном сне, в котором оно тоже оказывалось пониженным.

Далее нас интересовали реакции во стороны с о с у д и с т о й с и с т е м ы, *возникающие при переходе от бодрствующего состояния в состояние внушенного сна.*

Как видно из плетизмограмм (записанных с помощью сфигмографа Ускова), при засыпании наблюдается понижение, а с пробуждением повышение сосудистого тонуса (рис. 15).

Следует отметить, что при этом вполне отчетливо сказывается также влияние самой формы и тона производимого врачом внушения. Так, *энергично и коротко произнесенные слова: «Спать», «Проснуться»,* дают быстрое изменение уровня кривой, в то время как медленное, спокойное произнесение слова «про-сы-пай-тесь» вызывает соответствующую медленную реакцию со стороны сосудов (рис. 16). При этом уровень кривой после приказа «Спать!» закономерно падает, в то время как после сигнала «Проснитесь!» повышается.

Плетизмографические кривые, полученные А. М. Цынкиным, также *свидетельствуют о понижении сосудистого тонуса во внушенном сне.* При этом, по данным Ю. А. Поворинского (1949), плетизмограммы во время внушенного и естественного сна почти не отличаются друг от друга, причем в течение глубокого естественного, как и глубокого внушенного, сна автор получал «нулевую кривую с четким рисунком дыхания, пульсации и достаточно большой амплитудой».

Относительно состояния дыхания и пульса в условиях внушенного сна единства мнения также не было. Результаты, полученные различными авторами, оказывались и тут весьма разноречивыми.

Так, по Дейч и Кауфу (1923), пульс и дыхание при усыплении и во время внушенного сна учащаются; по Киршенбергу (Kirschenberg, 1925), во внушенном сне замедляются, а по другим авторам [Бернгейм, Левенфельд (Löwenfeld), Кронфельд (Kronfeld)], каких-либо изменений в характере пульса и дыхания не происходит. По данным А. Ф. Лазурского и Э. А. Гизе, как ускорение пульса и дыхания, так и замедление их (наблюдения над 11 лицами) стоит в зависимости от глубины внушенного сна. Наконец, по мнению Брэда (1843), Ленка (1920), А. В. Гервера, (1925),

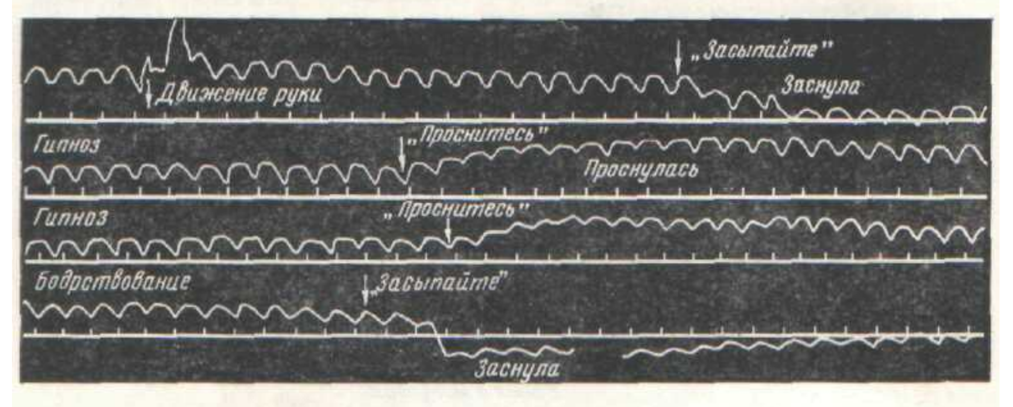


Рис. 15. Расширение сосудов при переходе во внушенный сон и сужение их при переходе в состояние бодрствования. Плетизмограммы записаны сфигмографом Ускова.

пульс и дыхание во внушенном сне ускоряются. Нужно думать, что такие противоречия в выводах могли быть обусловлены несовершенством применяемой ими методики исследования.

Как показали наши наблюдения (1930), в большинстве случаев при «спокойной» методике усыпления при инструкции «Спать!», «Засыпайте!» наблюдается замедление пульса (на 8—12 ударов в минуту) и дыхания.

Так, А. М. Цынкин (1930), исследуя пульс и дыхание у 24 исследуемых во внушенном сне (67 исследований), пришел к выводу, что в состоянии глубокого внушенного сна пульс замедляется на 6—12 ударов в минуту, а при внушенном сне слабой и средней степени — на 3—7 ударов в минуту. Число дыханий у всех наблюдаемых им лиц также замедлялось на 3—6 в минуту (рис. 17), что находилось в зависимости от глубины внушенного сна. Замедление дыхательных экскурсий происходило за счет удлинения паузы между вдохом и выдохом. В этих условиях дыхание становилось более раномерным и в то же время в большей или меньшей степени поверхностным. Глубина дыхания, как показали измерения кривых, в среднем уменьшалась почти вдвое. Некоторое исключение составили двое из наблюдаемых, у которых в момент усыпления отмечалось учащение дыхания (так же, как и пульса), потом оно, однако, замедлилось и лишь в некоторых случаях частота его стала такой же, как и в бодрствующем состоянии, при пониженном артериальном давлении. Кривая дыхания у этих исследуемых в бодрствующем состоянии была не всегда ровной как по ритмике, так и по глубине. Во внушенном сне эти колебания исчезали.

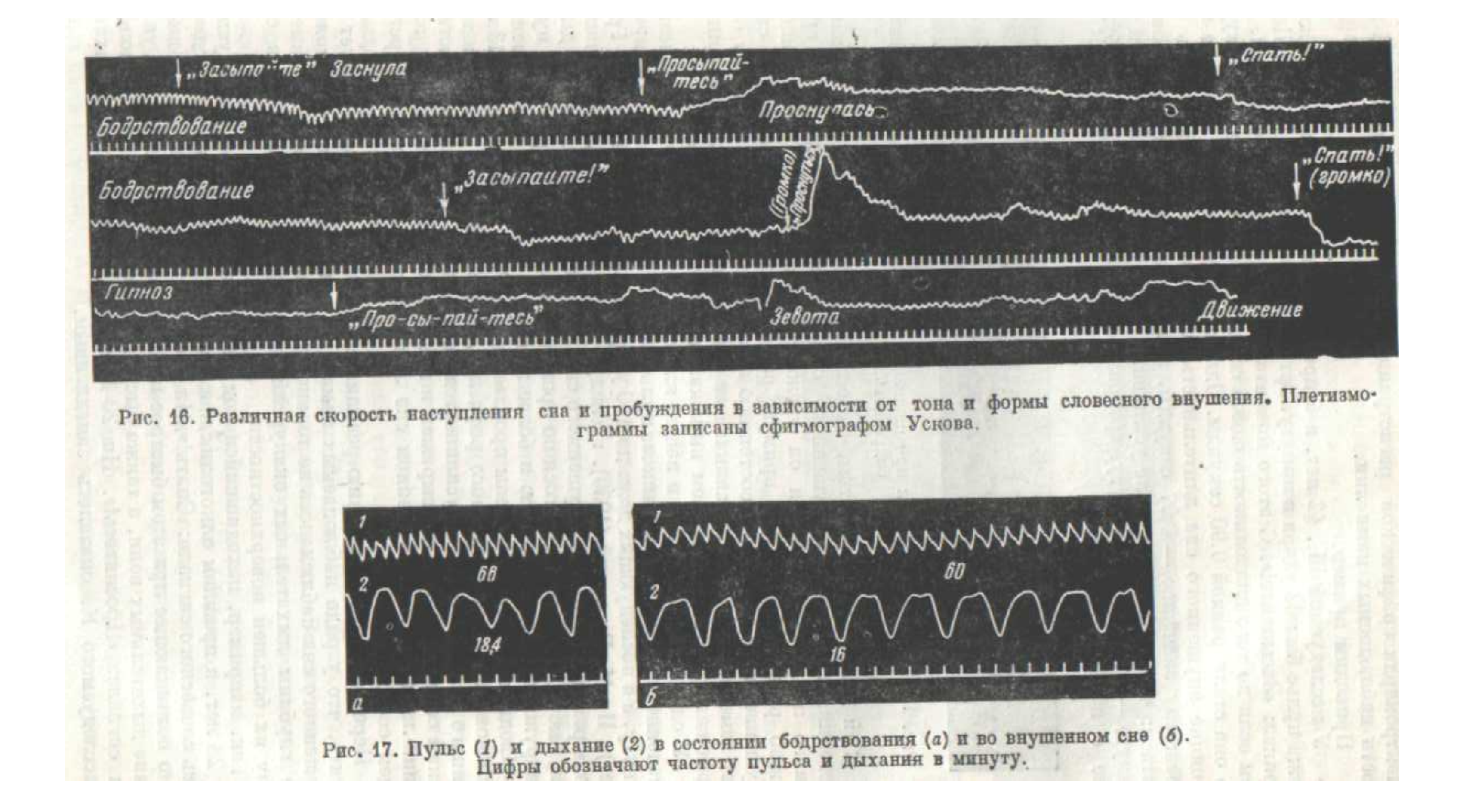


Рис. 16. Различная скорость наступления сна и пробуждения в зависимости от тона и формы словесного внушения. Плетизмограммы записаны сфигмографом Ускова.

Рис. 17. Пульс (*1*) и дыхание (*2*) в состоянии бодрствования (*а*) и во внушенном сне (*б*). Цифры обозначают частоту пульса и дыхания в минуту.

Обратимся к рассмотрению данных, полученных нами в 1928 г. при электрокардиографической регистрации состояния сердечной деятельности наблюдаемых нами лиц.

Приводим пример.

У исследуемой Ш., 42 лет, в бодрствующем состоянии в положении лежа пульс был 62 удара в минуту, артериальное давление 135 мм. Дается приказ: «Засыпайте!». С этого момента пульс несколько учащается, причем если до того длительность одной сердечной волны была 0,97 секунды, то она стала равной 0,90 секунды. Однако после полного перехода в состояние внушенного сна длительность сердечной волны вернулась к ее прежнему значению — 0,97 секунды, а в дальнейшем пульс стал замедляться: через 30 минут после усыпления — 60 ударов в минуту, на 40-й минуте — 57 ударов в минуту, артериальное давление 125 мм. Пробуждение с полной амнезией.



Рис. 18. Изменение дыхания при переходе во внушенный сон и в состояние бодрствования.

Эти данные говорят о том, что если при переходе из бодрствующего состояния в состояние внушенного сна пульс учащается, то во время самого процесса усыпления он урежается. Повидимому, это учащение нужно рассматривать как прямую реакцию непосредственно на самое внушение, в то время как состоянию внушенного сна как таковому отвечает замедление пульса, возникающее с момента начала развития сонного торможения, а в дальнейшем выражающееся еще более резко.

У одной находившейся в нашей клинике больной базедовой болезнью в течение первых сеансов гипноза пульс замедлялся со 117 до 105 ударов в минуту, а в последующих даже до 100 ударов (А. М. Цынкин и Ю. Б. Грунфест). И. М. Русецкий (1930), исследуя пульс и дыхание, также нашел, что переход в состояние внушенного сна ведет к замедлению ритма дыхания, быстро выравнивающегося по прекращении сна, в то время как пульс обнаруживает более стойкую и более заметную тенденцию к замедлению.

Сюда могут быть отнесены произведенные Г. Я. Либерманом у 13 лиц исследования глазо-сердечного рефлекса, показавшие, что во время внушенного сна этот рефлекс усиливается почти вдвое, тогда как ортостатический сердечный рефлекс выражен в меньшей степени. При этом в положении лежа пульс во внушенном сне замедлен больше, чем в бодрствующем состоянии.

Переходя к рассмотрению реакции со стороны дыхания, следует отметить, что у ряда наблюдаемых нами лиц при переходе их в состояние внушенного сна наблюдалось не только замедление дыхания, но и изменение глубины дыхательных экскурсий, причем у большинства — в сторону их большей поверхностности.

Так, например, находившийся под нашим наблюдением исследуемый К., 28 лет, в прошлом алкоголик, засыпал быстро, под влиянием одного лишь словесного сигнала: «Спать!». На рис. 18 очень демонстративно выражено возникающее при этом быстрое и резкое замедление дыхания, уплощение дыхательных волн, а также быстрый подъем их при противоположном сигнале: «Проснитесь!». На 20-й минуте внушенного сна дыхание у исследуемого К. оказалось замедленным.

У исследуемой Ф., 27 лет, при 8-м исследовании, проведенном в сидячем положении, наблюдалась ясная картина обычного во внушенном сне выравнивания дыхательных волн, а наряду с этим, и ослабление дыхания (по сравнению с дыханием в бодрствующем состоянии). Верхняя кривая (рис. 19) иллюстрирует картину дыхания перед усыплением и в начале сна, а нижняя — в конце непрерывного длительного сна и по пробуждении. Пробуждена на 28-й минуте; здесь, как и в первом случае, при переходе из одного состояния в другое особенно демонстративна быстрая смена реакций со стороны дыхания.

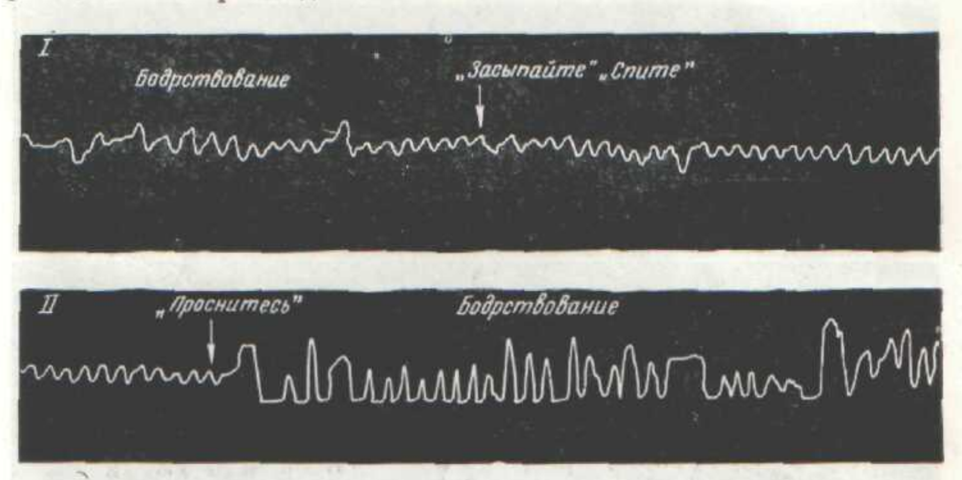


Рис. 19. Изменение дыхания при переходе во внушенный сон и в состояние бодрствования.
I — в начале сеанса; II — в конце сеанса.

Это выравнивание дыхания, спокойствие и ритмичность его особенно отчетливо вырисовываются на пневмограммах, записанных в течение почти $1^1/_2$-часового внушенного сна, при лежачем положении наблюдаемой (рис. 20).

На протяжении всего этого времени дыхание оставалось поверхностным, на уровне выдоха, и в достаточной степени ритмичным. На кривой видны нарушения глубины дыхания и его ритма, обусловленные привходящими факторами — переменой положения тела, общими движениями, движениями головой, звуковыми раздражениями (случайное падение стула). В конце пневмограммы представлена картина дыхания в бодрствующем состоянии. Видны изменения ритма дыхания, имевшие место при переходах из одного состояния в другое: наряду с изменением глубины дыхания, отмечалось и замедление его.

Как пример выравнивания и замедления дыхания во время внушенного сна приводим наблюдения на больном Н. Дыхание в бодрствующем состоянии у него оказалось крайне неравномерным. Во внушенном сне дыхание замедлилось (9 дыханий в минуту) и в значительной мере выравнялось (рис. 21).

Следует отметить, что быстрота изменения ритма дыхания происходит при этом параллельно быстроте засыпания, что особенно заметно у наблюдаемой Ш. У других лиц, засыпавших не сразу, при постепенном развитии глубины внушенного сна изменения дыхательной кривой развивались также постепенно.

Итак, на основании довольно большого числа наблюдений, проведенных нами совместно с А. М. Цынкиным, можно принять, что во внушенном

сне пульс и дыхание, как правило, замедляются, причем дыхание в большинстве случаев становится не только ослабленным, но и более ритмичным, т. е. выравнивается, в то время как кровяное давление при этих условиях, как правило, падает.

В последнее время исследования Я. Л. Шрайбера (1948) также показали, что при длительном состоянии внушенного сна вегетативные показатели (пульс, кровяное давление, дыхание, потоотделение, уровень

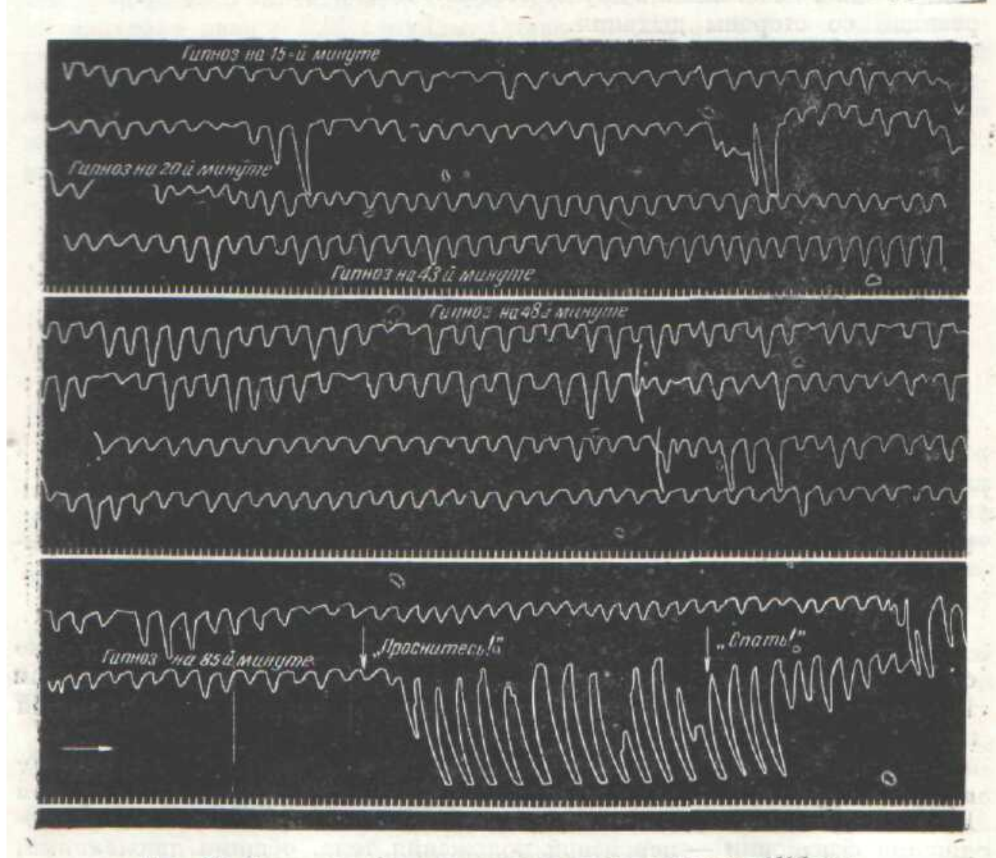


Рис. 20. Дыхание во внушенном сне, продолжавшемся 1½ часа.

сахара в крови) падают, что происходит без каких-либо специальных внушений в этом направлении.

Таким образом, реакции со стороны пульса, дыхания, кровяного давления и тонуса сосудов, действительно, могут служить объективными признаками наступившего сна, в частности, внушенного сна. Особенно ценны в этом отношении изменения артериального давления.

Далее представляют интерес данные Р. Я. Шлифер (1930), полученные в нашей клинике у 6 лиц с регистрацией во внушенном сне реакции артериального давления на инъекцию адреналина. По этим данным, при введении под кожу 1 мл 1°/₀₀ раствора адреналина у 4 наблюдаемых возникала ваготоническая реакция, а у двух реакции со стороны кровяного давления совсем не было, в противоположность симпатикотонической реакции, имевшей место у всех них в бодрствующем состоянии.

Аналогичные результаты были получены И. С. Сумбаевым, а за рубежом — Гейлихом и Гоффом (Heilig и Hoff): исследуя состояние вегета-

тивной нервной системы у глубоко спящих в естественном сне, они обнаружили, что подкожное введение адреналина, вызывавшее значительное повышение артериального давления в состоянии бодрствования, в естественном сне приводило или к незначительному его повышению, или совершенно не меняло его. У 4 спящих в глубоком внушенном сне инъекции адреналина также не вызывали повышения артериального давления.

Столь же показательны данные исследований И. С. Вишa (1953), свидетельствующие, что подкожная инъекция лечебной дозы фенамина, сделанная во время внушенного сна, вызывает у данного лица понижение артериального давления и замедление сердечной деятельности.

По данным Ф. П. Майорова (1948), изменения двигательной хронаксии в неглубоком естественном сне сходны с изменениями, наступающими во внушенном сне.

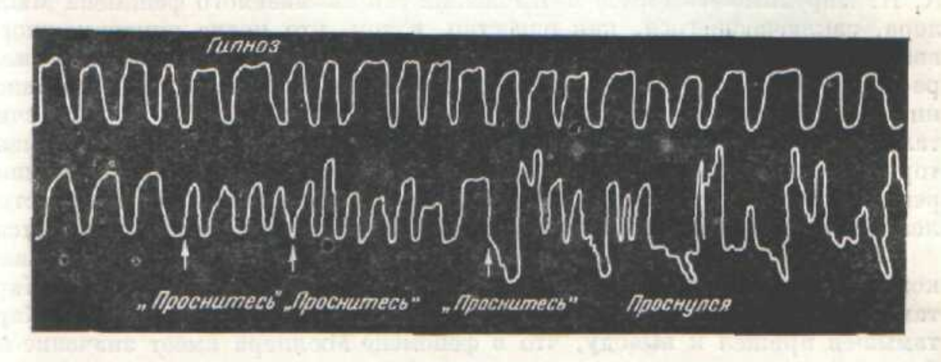


Рис. 21. Дыхание во внушенном сне у больного аффективной эпилепсией.

К этим наблюдениям нужно добавить данные рентгенографических исследований, проведенных нами совместно с рентгенологами Т. Г. Осетинским (1927), Н. М. Бесчинской (1931) и В. А. Копица (1950) в отношении мышечного тонуса желудка во время внушенного сна.

У 16 здоровых лиц после усыпления, как правило, отмечалось резкое понижение тонуса желудочной мускулатуры: желудок опускался ниже, чем в бодрствующем состоянии, меняя при этом свою форму (рис. 22). Вместе с тем замедлялась и эвакуация бариевой каши.

Картина гипотонического состояния желудка наблюдалась в основном у всех наших исследуемых, причем эта гипотония всегда была выражена довольно резко.

Понижение тонуса наблюдалось и со стороны других органов. Так, особенно бросалось в глаза изменение экскурсии куполов диафрагмы. *Амплитуда их колебаний становилась меньше, что, повидимому, было* обусловлено не только влиянием коркового сонного торможения на тонус самой диафрагмы, но и понижением дыхательной функции грудной клетки в целом.

По нашим данным (совместно с М. Л. Линецким и А. К. Трошиным), в состоянии внушенного сна наблюдаются соответствующие изменения также со стороны выделения желудочного сока: секреция его резко уменьшается, а при более глубоком внушенном сне и полностью прекращается (при исследовании на тощий желудок).

О. Л. Гордон (1948), изучая у больной с фистулой желудка желудочную секрецию, установил, что в условиях внушенного сна возникает значительное снижение секреции. Как это выяснил Ф. И. Комаров (1953),

в условиях обычного сна имеет место уменьшение и желудочной, и гепато-панкреатико-дуоденальной секреции. Таким образом, и в этом отношении явления во внушенном сне сходны с таковыми и в естественном сне.

Аналогичные результаты были получены Джонстоном и Васгеймом (Johnston и Washeim, 1928). Их исследования показывают, что состояние внушенного сна приводит к временному торможению желудочной секреции, причем кривые общей кислотности и свободной соляной кислоты во время естественного и внушенного сна почти тождественны.

Исследования Глазера (Glaser, 1924), касающиеся содержания ионов кальция в крови, показали, что как во время естественного сна, так и в условиях внушенного сна концентрация ионов кальция в крови падает пропорционально степени углубления сна.

Считаем необходимым упомянуть также об исследованиях дерматолога А. И. Картамышева (1942) в отношении так называемого феномена Мюллера, заключающегося, как известно, в том, что после внутрикожного введения бодрствующему лицу незначительного количества молока (или раствора виноградного сахара, вводы, воздуха и т. п.) наблюдается падение количества лейкоцитов в периферической крови. Ф. М. Мюллер считал, что это явление обусловлено болевым раздражением кожи, рефлекторно вызывающим раздражение блуждающего нерва, что и ведет к расширению сосудов в области n. splanchnici и к увеличению в ней количества лейкоцитов, за счет чего в периферических сосудах их число уменьшается.

Изучая механизм данного феномена у 22 больных с заболеванием кожи в условиях внушенного сна и проделав 31 исследование, А. И. Картамышев установил, что при этом феномен Мюллера отсутствует. А. И. Картамышев пришел к выводу, что в феномене Мюллера имеет значение не болевое раздражение, которое соответствующим внушением им устранялось, а само состояние глубокого внушенного сна, в котором делалась инъекция. У тех же больных по прекращении внушенного сна феномен Мюллера получался снова. Отсюда автор делает правильный вывод, что этот феномен может быть обусловлен сдвигами в состоянии вегетативной нервной системы, связанными с самим состоянием внушенного сна.

В 1927 г. нами совместно с А. В. Репревым была проделана проба кожно-гальванического рефлекса в бодрствующем состоянии наблюдаемых и в состоянии внушенного сна, показавшая, что и с этой стороны могут быть получены объективные доказательства в пользу происходящих в организме изменений. Действительно, исследованиями, проделанными в последнее время Ю. А. Поворинским, установлено, что при действии снотворных, при самостоятельном засыпании или же при погружении во внушенный сон колебания кожно-гальванического рефлекса становятся незначительными и более или менее однообразными по своему характеру. Пробуждение же во всех случаях вызывает быстрое изменение характера этого рефлекса, сопровождающееся колебаниями его величины.

А. И. Маренина (1952а) проводила гальванометрическое исследование потоотделения (по модифицированному ею методу В. А. Подерни) в условиях как естественного, так и внушенного сна. Она установила, что в обоих случаях при засыпании потоотделение уменьшается, доходя при глубоком сне до наиболее низкого уровня. Во внушенном сне секреция пота снижается тем больше, чем глубже состояние внушенного сна. По ее же данным, как во внушенном, так и в естественном сне характер электрической активности коры мозга совпадает (1952б).

Представлялось важным выяснить картину вегетативных реакций при различной глубине внушенного сна. Мы уже видели, что глубина внушенного сна не остается без влияния на глубину дыхания. Так, на рис. 9 и 11 нами были приведены кривые, полученные при углублении

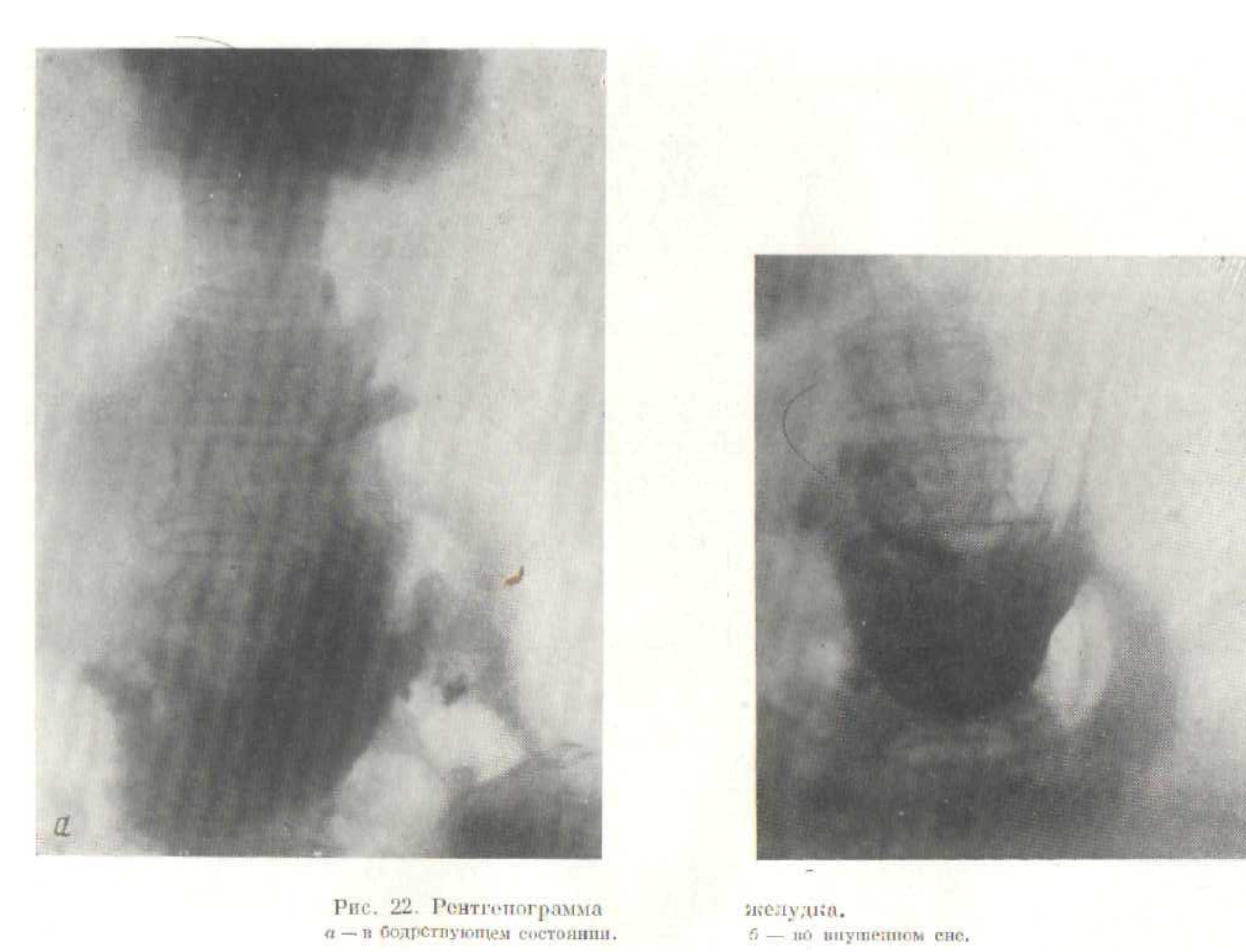


Рис. 22. Рентгенограмма желудка.

а — в бодрствующем состоянии. *б* — во внушенном сне.

внушенного сна путем соответствующего словесного внушения, причем параллельно с другими объективными признаками углубления сна имело место также уплощение дыхательной кривой.

Аналогичная картина отмечалась, когда сон исследуемой Ш. был неглубок. Глубина дыхания уменьшилась у нее в среднем всего лишь вдвое (рис. 23). На этот раз исследуемая Ш., всегда засыпавшая быстро и быстро впадавшая в состояние глубокого сна, спала неглубоко. По ее заявлению, она лишь «глубоко дремала» и иногда даже смутно улавливала все происходившее в лаборатории. При этом и артериальное давление у нее упало на 5, а не на 10 делений, как это наблюдалось при глубоком внушенном сне.

Повидимому, степень падения артериального давления, действительно, могла служить объективным критерием глубины сна. Так, в ряде случаев

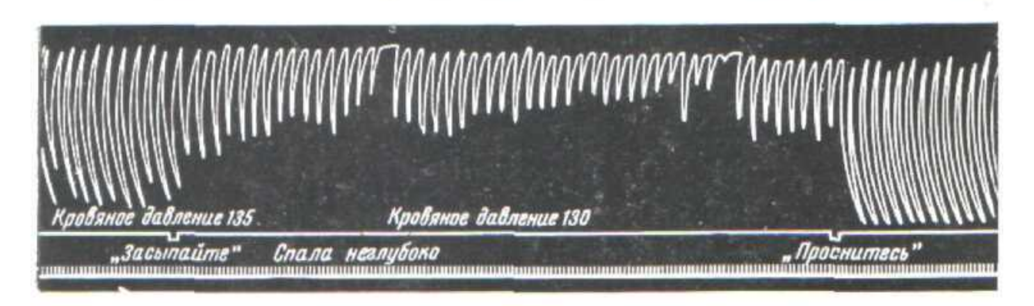


Рис. 23. Дыхание в условиях поверхностного внушенного сна.

с полной очевидностью проявлялся параллелизм этих явлений: чем ниже при процессе развития сна падало артериальное давление, тем поверхностнее было и дыхание (независимо от способа усыпления). В пользу наличия постоянной связи между глубиной сна и глубиной дыхания могла говорить также постепенность уменьшения амплитуды кривой дыхания в период засыпания. Таким образом, кривая дыхания может служить также показателем скорости засыпания. Более детальные исследования А. М. Цынкина (1930) подтверждают, что артериальное давление и глубина дыхания находятся в обратном отношении к глубине внушенного сна, причем чем медленнее происходит засыпание, тем медленнее падает артериальное давление.

На основании этих данных мы с полной уверенностью можем говорить о том, что с углублением внушенного сна дыхание и пульс замедляются, причем у большинства наблюдаемых лиц дыхание становится более поверхностным. Однако могут быть индивидуальные отступления от этого общего положения, что отмечается, как известно, и во время естественного сна, когда может встречаться даже и своеобразный чейн-стоксов тип дыхания.

Особенно отчетливо иллюстрируют сказанное кривые дыхания исследуемого М., 45 лет (рис. 24). Из них видно, что до усыпления дыхание у исследуемого М. было довольно глубоким. По мере внушения более глубокого сна глубина дыхания постепенно уменьшалась. Чрезвычайно интересна в данном случае картина изменения высоты дыхательных волн, относящаяся к моменту словесного внушения: «Спите, как ночью!», что, повидимому, явилось условнорефлекторным воспроизведением картины перехода к режиму дыхания, возникающего во время естественного ночного сна.

Подметив это явление и зная, что исследуемый, будучи охотником, привык просыпаться на рассвете, мы сделали ему соответствующее внушение: «Вы спите, как на рассвете!». Если присмотреться к пневмограмме (рис. 25), можно подметить известные изменения в глубине дыхания: оно сделалось менее поверхностным.

О возможности такой именно условнорефлекторной связи говорит следующее наблюдение, сделанное нами совместно с А. Н. Мацкевич: стремясь приблизить условия внушенного сна к состоянию естественного ночного сна, мы сделали исследуемой Ш., погруженной в гипнотический сон, внушение: «Теперь 3 часа ночи, и вы спите так же крепко, как в этот ночной час!». Мы тотчас же заметили, что артериальное давление упало на 10 мм больше против обычного его падения во внушенном сне. Таким образом, как в данном, так и в предыдущих случаях возник условный сонный рефлекс на определенное время ночи.

Рис. 24. Дыхание медленно засыпающего исследуемого. Наиболее заметное изменение дыхания произошло после сделанного внушения: «Спите, как ночью!»

Из всего этого следует, что картина изменений со стороны ряда вегетативных показателей, имеющая место при переходе в состояние внушенного сна, с углублением этого сна претерпевает аналогичные дальнейшие изменения, параллельные изменению глубины внушенного сна.

Нам кажется, что приведенные данные вполне достаточны для утверждения, что переход в состояние внушенного сна влечет за собой картину общего вегетативного сдвига в сторону ваготонии. Тем более, что в этих условиях наблюдаются и другие симптомы этого сдвига — сужение зрачков, гипотония поперечнополосатой мускулатуры, мягкого неба и т. п. (рис. 26), а также желудочной мускулатуры (см. рис. 22*б*).

Остановимся на рассмотрении явлений и состояний, в равной мере связанных как с естественным, так и с внушенным сном (артериальное давление, пульс и пр.). Из повседневных наблюдений хорошо известно, что спящий может реагировать на некоторые внешние раздражения, причем глубину его сна обычно принято определять именно степенью восприятия им раздражений той или иной силы. Таким образом, спящий не теряет связи с внешним миром и так или иначе реагирует на раздражения. В связи с этим представлял интерес вопрос о возможности таких же реакций и у лиц, находящихся во внушенном сне.

В поставленных для этой цели ориентировочных исследованиях мы пользовались различного рода раздражителями, усыпляя исследуемого лишь приказом: «Засыпайте!», «Спите!», т. е. без каких бы то ни было других внушений, могущих повлиять на глубину сна или на характер возникающих в организме реакций. При этом мы применяли звуковые раздражители небольшой интенсивности. Все это не вызывало изменения кривой дыхания у наблюдаемого нами лица, находящегося в состоянии внушен-

ного сна. Но более сильные звуковые раздражения в виде хлопанья в ладоши над самым ухом или сильного стука, не пробуждая спящего, уже вызывали реакцию со стороны его дыхания (см. рис. 9).

Так, у исследуемой Ш. в состоянии внушенного сна при изменившемся дыхании и пульсе, падении артериального давления на 10 делений и постгипнотической амнезии, т. е. при всех объективных признаках внушенного сна, реакции на звуковые раздражители определенной силы со стороны дыхания и кровяного давления сохранились, что наблюдалось нами и у других лиц. Таким образом, с этой стороны в условиях внушенного сна мы видели то же, что и в условиях естественного сна.

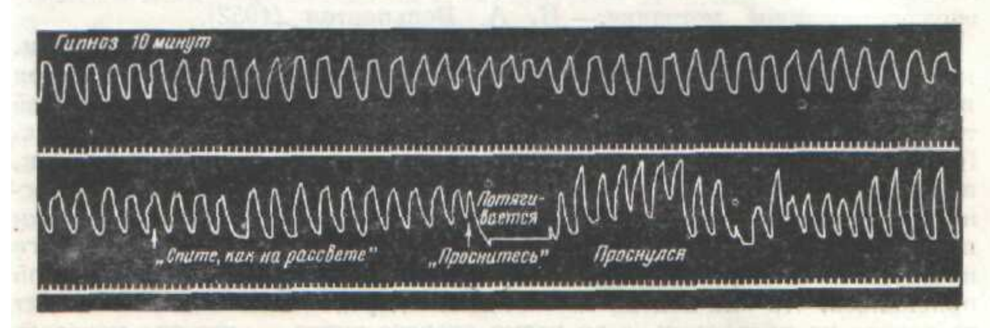


Рис. 25. Изменение дыхания при переходе сна в более поверхностный после сделанного внушения: «Спите, как на рассвете!»

Далее, многие авторы отмечают, что лица, находящиеся в состоянии внушенного сна, иногда видят сновидения. Нам и нашим сотрудникам это явление нередко приходилось наблюдать, причем возникновение сновидения не нарушало установившегося изолированного раппорта, т. е. реагирования только на слова усыпившего.



Рис. 26. Дыхание в глубоком внушенном сне.

Так, сновидение исследуемого М., имевшее место во время внушенного сна, сопровождалось нарушением характера дыхания и его ритма (см рис. 25). Так как исследуемый М. после пробуждения не мог воспроизвести содержание виденного им сновидения, нами было сделано повторное легкое усыпление, в котором путем словесного отчета было вскрыто содержание этого сновидения: исследуемый М. видел летящих вальдшнепов (он любитель-охотник и беседа о вальдшнепах имела место часа за три до начала исследования).

Надо сказать, что старым гипнологам путем различного рода раздражений, наносимых на периферические рецепторы, удавалось искусственно вызывать в состоянии гипноза сновидения. У многих исследуемых нам

также удавалось вызывать сновидения в состоянии внушенного сна искусственно, например, путем звуковых раздражений, сдавливания конечностей, давления в области надплечий, путем кругового проведения тупым предметом по кожной поверхности и т. п. При этом у каждого из исследуемых развивалось сновидение соответствующего содержания, о чем можно было судить как по внешним реакциям во время внушенного сна, так и по рассказам самих исследуемых после пробуждения. Иногда они делились с нами содержанием своих сновидений без соответствующих наводящих вопросов. Таким же способом, без внушения их содержания, сновидения вызывались А. К. Ленцем (1927), а в последнее время, по более усовершенствованной методике,— И. А. Вольпертом (1952).

Приводим случай, сообщенный нашим сотрудником С. М. Неймером, когда сновидение было обусловлено звуковым раздражителем. Работая на Горловском руднике и проводя психотерапию больной, страдавшей тяжелым неврозом, автор однажды усыпил ее в амбулатории рудника. Во время гипнотического сна в соседнем дворе раздался сильный гудок, *за ним другой. Во время второго гудка больная, не открывая глаз, вздрогнула* и привстала, воскликнув: «Ой, боже!», соответствующим словесным внушением она была успокоена. При этом путем расспроса, проведенного во внушенном сне, было выяснено, что во время первого гудка больной приснилось, что она находится на железнодорожной станции и выходит из вагона на платформу, а во время второго гудка, — что она попадает под приближающийся по соседнему пути паровоз.

Как известно, генетическая связь между содержанием сновидения и внешними раздражителями (всех органов чувств) установлена многими исследователями — Мори (Mory), Санте де Санктис (Sante de Sanctis), Грегори (Gregory) и др.[1]. Поэтому на кору мозга спящего можно воздействовать словесным раздражением во время естественного сна, предопределяя таким путем содержание сновиденя и его характер.

Имеются указания, что в некоторых случаях внушения можно производить также в естественном сне, причем они реализуются после пробуждения (Дж. Джексон, 1926; Шильдер, 1928; Шульц, 1925). Нужно сказать, что у людей, привычных к гипнозу, во время их естественого сна можно вызвать те же реакции на слова исследующего, что и во время внушенного сна. О таком сохранении раппорта в естественном сне, отмечаемом старыми гипнологами, говорят и наши наблюдения.

Так, в нашей клинике больной, лечившийся гипнопсихотерапией, исполнял в ночном сне внушения лечившего его врача (наблюдение П. Л. Крючковича). Некоторые гипнологи, например, О. Веттерстранд (1893), производили внушения также в естественном сне.

Далее один из наших исследуемых К., 63 лет, обратил наше внимание на следующее весьма часто наблюдавшееся им явление: ему нередко приходилось засыпать в кругу своей семьи, когда жена читает детям вслух. *Мало интересуясь чтением, он всегда засыпал в начале чтения и спал* обычно с храпом 30—40 минут. Если во время его сна чтение продолжалось, то все прочитанное им усваивалось.

Есть основания думать, что в данном случае возникла условнорефлекторная связь при промежуточном (фазовом) состоянии коры мозга (в порядке «естественного раппорта»). Подобного рода явления не должны игнорироваться. Более того, основываясь на этих данных, мы должны предостеречь взрослых от громких бесед в комнате спящих детей, так как спящие не лишены способности восприятия во сне, как это имело место у описанного нами исследуемого.

[1] Цит. по Моллю (Moll, 1912).

Далее, как отмечается многими авторами, во время длительного пребывания во внушенном сне у исследуемого нередко появляются д в и г а т е л ь н ы е р е а к ц и и, как и в обычном сне (вздохи, перемена положения тела, похрапывание, различного рода голосовые реакции и пр.), обусловливаемые, очевидно, раздражителями эндо- или экзогенного порядка. Дневной внушенный сон сопровождается бо́льшим количеством двигательных реакций, чем ночной, что может быть поставлено в связь с большей глубиной торможения во время ночного сна.

Иллюстрацией этого может служить следующее наше наблюдение, интересное и в других отношениях. Исследуемая Ш. свыше 2 часов находилась в состоянии внушенного сна. Она спокойно спала, изредка делая небольшие движения головой или конечностями, меняя положение. Но затем, на исходе последнего получаса, сон ее стал неспокойным, что выражалось в частых движениях головы из стороны в сторону, вздохах, гортанных звуках и т. п. Мы предполагали, что исследуемая видит неприятное сновидение, и задали ей вопрос: «Что тревожит вас?» Она ответила: «Боюсь опоздать на поезд». Из дальнейших вопросов выяснилось, что она должна была возвратиться в поселок, куда поезд отходил в 1 час 20 мин., но уже за час до этого она стала беспокойно спать.

На данном примере мы видим, что во внушенном сне возможна мотивировка реакций, как и в естественном сне, и (готовность реагировать в определенном направлении) независимо от зоны раппорта.

Необходимо указать на многие другие явления, с которыми также приходится часто встречаться. Это — привычные реакции при пробуждении, которые наблюдаются во время выхода из естественного ночного (или дневного) и внушенного сна: трудность пробуждения, потягивание, протирание глаз, потирание лица руками, кашель, легкое головокружение и т. п. По заявлениям самих усыпляемых и близких им людей, все эти явления привычны им при их утреннем пробуждении. Так, мы имели случай особенно трудного выведения усыпленного из внушенного сна, которое продолжалось в течение 10—15 минут. Как оказалось, этого человека дома будят по утрам также с большим трудом.

То же нужно сказать о привычных условиях засыпания, обычно способствующих гипнотизации. Одного алкоголика нам долго не удавалось усыпить. Наконец, приняв во внимание его привычку засыпать (на ночь) при чтении книги, мы дали ему книгу и предложили начать читать про себя. После нескольких наших слов усыпления книга выпала из его рук и он заснул.

Наконец, нужно отметить также, что для скорейшего развития внушенного сна к нему следует прибегать в конце дня, когда под влиянием утомления тонус коры головного мозга оказывается более или менее сниженным и поэтому иррадиация торможения по всей коре мозга происходит значительно легче. Наряду с этим, и поза, привычная при засыпании естественным сном, также облегчает успех приведения в состояние внушенного сна. В силу этого мы пользуемся привычной позой сна как сонным условнорефлекторным комплексным раздражителем.

Чем отличается внушенный сон от сна естественного?

Различия весьма существенны и заключаются, повидимому, в следующем:

1. Для внушенного сна, являющегося, как правило, сном парциальным, гипнотическим, специфично переходное, фазовое состояние корковых клеток и наличие создаваемого словесными внушениями очага концентрированного возбуждения (зона раппорта), сохраняющегося в течение всего периода внушенного сна. В силу этого во внушенном сне отмечается наличие р а п п о р т а, обеспечивающего возможность непрерыв-

ного речевого контакта между усыпляющим и усыпленным, и наличие повышенной внушаемости, что и составляет необходимые условия для успешного осуществления словесного внушающего воздействия.

2. Далее, в отличие от естественного сна в основе развития внушенного сна лежит процесс функционального расчленения коры мозга на отделы сна и бодрствования. Так, усыпляющее словесное воздействие, ведя к образованию в ограниченном участке коры мозга очага концентрированного возбуждения, выполняющего в этих условиях весьма важную роль бодрствующей зоны раппорта, одновременно создает диаметрально противоположный этому процесс иррадиации сонного торможения во всех прочих районах коры.

3. Такое концентрированное возбуждение ограниченного участка коры мозга при слабой коре, при слабом и низком тонусе сопровождается сильной отрицательной индукцией, которая изолирует это раздражение от всех других влияний. Это и составляет основу физиологического механизма повышенной внушаемости, столь специфичной для состояния внушенного сна.

4. Если глубина естественного сна зависит от определенных условий соматического состояния организма и если управлять ею мы не можем, то глубиной внушенного сна мы легко можем управлять. Раздражение бодрствующего участка коры мозга, каким является зона раппорта, производимое словами, внушающими усыпление, при каждом их повторении ведет к дальнейшему углублению функционального расчленения коры мозга, т. е. к еще большему углублению внушенного сна. Между тем то же раздражение, но оказываемое словами пробуждения, наоборот, ведет к снижению концентрированного возбуждения в зоне раппорта, а вместе с тем и к ослаблению силы сонного торможения в других ее районах, т. е. способствует ослаблению внушенного сна. Это и дает возможность управлять глубиной внушенного сна, а также полностью прекращать его в любой момент по желанию усыпившего.

5. Наконец, необходимо отметить также то, что внушенный сон при определенных условиях может быть искусственно вызываем в любое время бодрствования именно словесным раздражителем. Его возникновение не связано с утомлением (истощением) корковых клеток.

Все это составляет важные особенности физиологического состояния внушенного сна, отличающие его от сна естественного.

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВНУШЕНИЯ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГЛАВА IV

ОБЩИЙ ХАРАКТЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОРЫ МОЗГА ВО ВНУШЕННОМ СНЕ

Во внушенном сне тонус коры, т. е. процесс возбуждения, которым располагает вся кора, такой слабый, что раз он концентрируется на одном раздражителе, то на другом месте ничего не остается и поэтому все другие раздражители никакого действия не производят.

И. П. Павлов

Если в условиях естественного сна те или иные проявления высшей нервной деятельности, вообще говоря, весьма ограничены, а изучение их встречает значительные технические трудности, то в состоянии внушенного сна картина корковой деятельности может приобретать достаточно большую сложность и многообразие и изучение ее, несомненно, представляет большой интерес.

Итак, мы видим, что природа обоих физиологических состояний — естественного сна и сна внушенного — едина. В основе их лежит сонное торможение.

Так как внушенный сон представляет состояние неполного сна (сна частичного с сохраняющейся зоной раппорта), должен быть разрешен вопрос о том, является ли оно действительно состоянием «отдыха», «покоя» корковых клеток, состоянием полезной для организма пониженной деятельности коры головного мозга, восстанавливающей ее работоспособность.

В поисках ответа на этот вопрос мы проследили влияние внушенного сна на анализ и синтез, осуществляемые нервной системой, а также на процессы восстановления. С этой целью А. Н. Мацкевич (1930) было проведено экспериментально-психологическое исследование. Эта работа показала, что после 20-минутного внушенного сна наблюдается усиление процессов, связанных с аналитико-синтетической деятельностью. Как показали специальные исследования М. Н. Ксенократова (1935), гипнотическое состояние «приводит к послегипнотическому выравниванию и улучшению внимания», т. е. к улучшению процессов концентрации возбуждения и торможения в коре мозга.

По данным А. Н. Мацкевич, время, затрачиваемое на ассоциативный эксперимент, после длительного внушенного сна сокращается, а про-

дуктивность работы повышается (проверено у 11 наблюдаемых). Все это позволяет сделать вывод, что длительное пребывание во внушенном сне, действительно, ведет к восстановлению ослабленных предшествующей работой функций центральной нервной системы.

Далее специальные исследования, проведенные нами совместно с А. Н. Мацкевич (1931), показали, что перевод наблюдаемого на некоторое время (на 10 или на 20 минут) в состояние внушенного сна способствует *восстановлению функций нервной системы, сниженных алкогольной интоксикацией*.

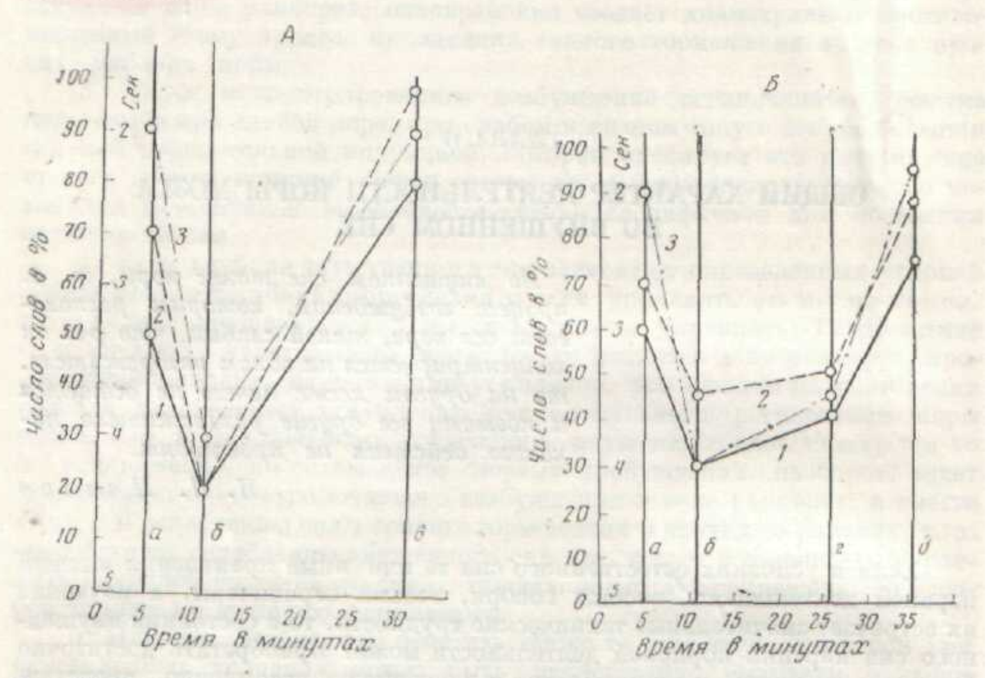


Рис. 27. Восстановление во внушенном сне высшей нервной деятельности, нарушенной приемом спиртных напитков.

А — первое исследование; *Б* — второе исследование.

На оси абсцисс — время в минутах; на оси ординат — количество правильных речевых репродукций впроцентах, общее количество речевых репродукций за 3 минуты, скрытый период реакции в секундах. Ордината *а* — состояние в норме; ордината *б* — состояние через 6 минут после приема внутрь 150 мл портвейна (20°); ордината *в* — состояние через 20 минут после наступления внушенного сна; ордината *г* — состояние через 20 минут после приема спиртных напитков; ордината *д* — состояние через 10 минут после наступления внушенного сна.

1 — кривая количества правильных речевых репродукций в процентах; *2* — кривая количества речевых ответов за 3 минуты; *3* — кривая скрытого периода речевой реакции.

На приведенных диаграммах (рис. 27) представлены данные двух исследований, в которых критерием состояния аналитико-синтетической деятельности нервной системы служили: количество правильных ответных речевых реакций в процентах (прямая линия), общее количество ответных речевых реакций за 3 минуты (пунктирная линия) и скрытый период речевой реакции (линия *3*).

При первом сеансе (25/VI 1929 г.), после предварительного определения *состояния указанных функций в норме (ордината а), исследуемая* Д., 38 лет, выпила 150 мл портвейна, после чего через 6 минут указанные определения были произведены вновь. Произошло резкое снижение всех показателей (ордината *б*). Те же определения, выполненные после 20-минутного пребывания исследуемой в состоянии внушенного сна, в который она была погружена словами: «засыпайте», «спите глубоко», показали

полное восстановление функций до их исходного нормального значения (ордината *в*).

При втором исследовании (26/VI 1929 г.) исследуемая находилась после приема той же дозы алкоголя в бодрствующем состоянии в течение 20 минут, и только на 21-й минуте была погружена на 10 минут в состояние внушенного сна. В данном случае состояние тех же функций определяли: в начале исследования, т. е. до приема алкоголя (ордината *а*), через 6 минут после приема его (ордината *б*), затем через 21 минуту (ордината *г*, и, наконец, после 10-минутного внушенного сна (ордината *д*). Следует подчеркнуть, что, кроме слов усыпления: «засыпайте», «спите глубоко», никаких иных внушений, которые могли бы повлиять на состояние нервной системы исследуемой, как и в первом исследовании, не производилось.

На обеих диаграммах отчетливо виден результат возникшего алкогольного опьянения и последующего кратковременного пребывания исследуемой во внушенном сне: наблюдалось восстановление и даже некоторое улучшение аналитико-синтетической деятельности нервной системы.

Таким образом, мы видим, что пребывание человека в состоянии внушенного сна способствует более быстрой нейтрализации действия алкоголя. Такой вывод не является неожиданным, так как известно, что даже кратковременный естественный сон может приводить к ослаблению алкогольного опьянения значительно быстрее, чем это происходит в состоянии бодрствования. Напомним аналогичные данные Р. Я. Шлифер, вызвавшей во внушенном сне снижение артериального давления, повышенного путем инъекции адреналина, а также данные И. С. Вища, наблюдавшего такое же явление при инъекции фенамина.

Дальнейшие исследования, проведенные нами в этом направлении, показали, что одноминутный перерыв в работе, осуществленный в условиях внушенного сна, почти в 2 раза быстрее восстанавливает работоспособность мышц, утомленных почти до отказа подъемом груза весом 4 кг (на эргографе Моссо), чем перерыв такой же длительности в состоянии бодрствования (рис. 28).

Проведенные нами совместно с А. И. Майстровой (1932) исследования, касающиеся восстановления легочной вентиляции после определенной физической работы, показали, что во внушенном сне это происходит вдвое быстрее, чем при бодрствовании (после той же работы и в тот же период).

В. И. Здравомыслов (1938) показал положительное влияние внушенного сна на сократительную деятельность матки, что, повидимому, является результатом положительного индуцирования подкорковой деятельности.

Итак, резюмируя сказанное как здесь, так и в предыдущей главе, нужно признать, что если под влиянием слов: «засыпайте», «спать», в коре мозга человека развивается сонное торможение, то в его вегетативной нервной системе возникают изменения в сторону ваготонии. Важным является то обстоятельство, что соответствующим внушением мы можем регулировать также глубину создаваемого таким путем внушенного сна. Эта особенность в различных случаях должна быть целесообразно использована практически.

Так, каждую дачу снотворного следует сопровождать словами усыпляющего содержания, усиливая этим действие снотворного, а иногда и придавая индиферентному веществу усыпляющее действие. Наркотизатор также должен присоединять к даваемому им химическому наркозу слова усыпляющего содержания, имея в виду уменьшить таким путем дозу фармакологического наркоза, ибо словесный раздражитель в данном случае подкрепляет основной, химический агент, усиливая его действие. Присоединяя к фармакологическому агенту слова усыпляющего содержания, мы

вырабатываем условнорефлекторный сон на слово. В дальнейшем условный раздражитель заменяет химический агент и поддерживает его действие. Убаюкивая детей или усыпляя больных, мы можем углублять их сонное состояние, помня, что внушаемое слово вызывает соответствующие физиологические и биохимические изменения во всем организме.

Полагая, что успокоение больного в состоянии бодрствования есть уже начальная, самая слабая степень торможения, мы на опыте убеждаемся в том, что сами слова успокоения, действительно, производят полезные для организма изменения в состоянии клеток коры головного мозга. Слово «спокойно!» уже изменяет деятельность сердца в положительную сторону (см. рис. 65).

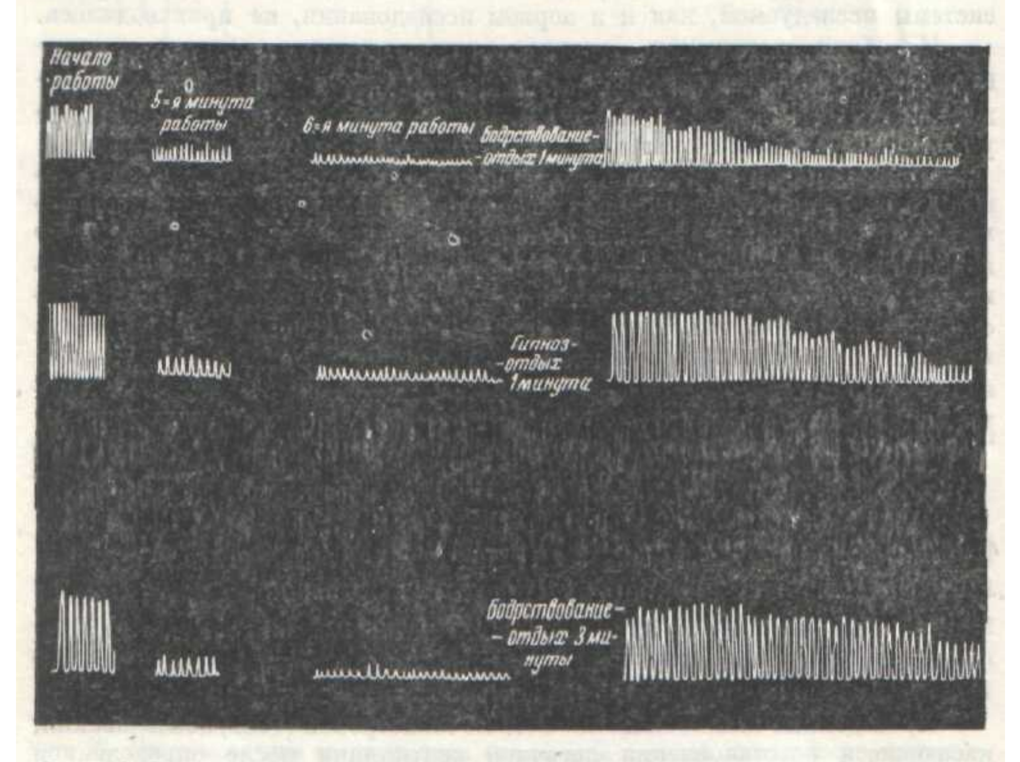


Рис. 28. Различная работоспособность, восстановленная одинаковым по времени отдыхом в состоянии бодрствования и гипноза. Мышечные сокращения записаны эргографом Моссо.

Этими данными исчерпываются имеющиеся в нашем распоряжении материалы, подтверждающие, что состояние внушенного сна есть состояние анаболизма, обеспечивающее возможность восстановления нормального функционального уровня корковых клеток, ослабленных длительной работой, интоксикацией и т. д.

Если внушенный сон не есть состояние анаболизма, то чем же может быть в таком случае обусловлено констатируемое всеми пробужденными от внушенного сна состояние общей бодрости и свежести? Чем объяснить отрезвление от алкогольного опьянения, возникающее после 10-минутного внушенного сна?

Вместе с тем приведенные нами данные говорят о том, что господствовавшие долгое время ошибочные представления о «небезвредности» для нервной системы, в частности, для высших психических функций человека, гипнотического сна, лишены каких бы то ни было оснований. Необходимо дальнейшее изучение лежащих в его основе физиологических механизмов и поиски новых путей к овладению возможностью сознательного управления обменными, восстановительными и прочими процессами в организме. Как отмечает К. М. Быков, «механизм влияний коры

мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) — вот вопросы, разработка которых едва начата и ответ на которые может дать много неожиданного»[1].

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОРЫ МОЗГА В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ВНУШЕННОГО СНА

Переходим к рассмотрению вопроса о характере деятельности коры мозга при большей или меньшей глубине внушенного сна.

Как известно, степень глубины внушенного сна издавна определялась способностью к восприятию словесных воздействий усыпившего и наличием амнезии по отношению ко всему пережитому во внушенном сне. При этом В. М. Бехтерев считает практически наиболее удобным различать три стадии: малый гипноз, средний гипноз и глубокий гипноз.

При малом гипнозе исследуемый отмечает слабое влияние усыпления, способен противостоять воздействиям словесного внушения, может самостоятельно производить движения, не теряет связи с окружающим и, находясь в дремотном состоянии, ощущает некоторую слабость в частях тела и отяжелении век.

При среднем гипнозе (так называемая гипотаксия) усыпляемый не может самостоятельно выйти из охватившего его двигательного оцепенения, у него отмечается некоторое притупление органов чувств и он пассивно подчиняется приемлемым для него внушениям усыпляющего, частично сохраняя их в памяти. Иногда наблюдаются явления каталепсии (стойкое пассивное сохранение конечностями усыпляемого приданного им положения). Он сохраняет ориентировку в окружающем и после пробуждения в большинстве случаев кое-что помнит из сделанных ему внушений.

Наконец, глубокий гипноз характеризуется внешней картиной глубокого сна, полным отсутствием ориентировки в окружающем, а после пробуждения — полным отсутствием воспоминаний о производившихся внушениях (если не сделано специального внушения о том, что он будет их помнить). При этом отмечается значительное понижение функций воспринимающих органов и осуществляются словесные внушения самого разнообразного содержания (в отношении психики и соматики). Словесные внушения реализуются как в самом гипнотическом сне с полным забвением их после пробуждения, так и после пробуждения в срок, заданный внушением (так называемое постгипнотическое внушение). Это состояние известно под названием сомнамбулической фазы гипноза.

Достаточно детальная систематизация признаков различных стадий внушенного сна, имеющая практический интерес, разработана в последние годы Е. С. Катковым (лаборатория высшей нервной деятельности Харьковского педагогического института, 1941), располагавшим данными исследований 100 здоровых людей (студенты вузов). В схеме Е. С. Каткова (см. Приложение) приведены последовательные этапы развития внушенного сна, причем в ней использованы данные школы И. П. Павлова.

Можно думать, что именно при сомнамбулической стадии внушенного сна имеет место парадоксальная фаза, ибо в этом случае получается особенно четкая реакция на внушения словом и быстрая реализация внушенных действий или состояний. Обычно такая стадия внушенного сна появляется сразу, с места, и может быть стойко поддерживаема соответствующими словесными внушениями. Вместе с тем, повидимому, именно в сомнамбулической стадии и возможно получение тех извращенных реакций, которые мы опишем ниже (в главе VII).

[1] К. М. Быков, Кора головного мозга и внутренние органы, М., 1947, стр. 121.

Физиологические механизмы, лежащие в основе той или иной стадии внушенного сна, остаются не вполне выясненными. В отношении исследования сомнамбулической стадии интересные попытки сделаны Ф. П. Майоровым (1950) и его сотрудниками —М. М. Сусловой (1940, 1952) и А. И. Марениной (1952). По их данным, для этой стадии специфично состояние не глубокого сна, а наиболее глубокой диссоциации корковой деятельности. Эти исследования освещают также некоторые физиологические механизмы диссоциированной деятельности коры мозга, а также некоторые механизмы постгипнотической амнезии.

Следует отметить, что и субъективные переживания при различной глубине внушенного сна, будучи ограниченными и видоизмененными, также имеют свои качественные особенности. В этом отношении представляет интерес описание такого состояния самим усыпленным после пробуждения.

Приводим одно из таких описаний.

«Когда я нахожусь в гипнозе, — пишет одна из них,— я в каждом сеансе испытываю различные по своему характеру ощущения. Так, в первом сеансе я продолжала чувствовать все свое тело, но ни одним членом двинуть не могла, ясно слыша голос усыпившего и все сознавая. Но мысли как-то путались. Это был, я бы сказала, телесный сон. Но с каждым последующим сеансом тело все более тяжелело, я переставала его ощущать, продолжая слышать все происходящее, но мне казалось, что все это происходит где-то далеко, сознается неясно, причем все это является для меня совершенно безразличным.

В последний, 5-й, сеанс я своего тела уже совершенно не ощущала, будто его не было совсем. И думать о чем-либо также не могла: мыслей не было совсем. Я слышала разные посторонние звуки, меня совершенно не трогавшие. При внушениях все ясно слышала, но мысли совершенно не работали и слова внушения, касавшиеся моих прежних переживаний, меня совершенно не трогали.

При словах пробуждения я начинаю просыпаться сначала как бы головой: появляются мысли, начинаю думать о том, что надо двигаться, вставать, понимаю, что делается вокруг, но свое тело начинаю ощущать несколько позже, причем, когда сознание прояснилось, стала ощущаться тяжесть во всем теле, которая в дальнейшем, при полном пробуждении, исчезала».

Итак, из изложенного выше видно, что основные особенности деятельности коры головного мозга, проявляющейся в состоянии внушенного сна, выражаются в следующем.

1. Кроме свойственного гипнотическому сну животного расчленения больших полушарий на отделы сна и бодрствования, здесь имеет место еще функциональное разобщение как обеих сигнальных систем, так и в пределах самой второй сигнальной системы.

2. Деятельность второй сигнальной системы в этих условиях не только оказывается ограниченной узкими рамками зоны раппорта, но имеет часто пассивный характер, находясь в прямой зависимости от словесных воздействий усыпившего. Вне этих воздействий она полностью (или почти полностью) отсутствует.

3. В зоне раппорта вместе с тем отмечается значительное усиление замыкательной функции по отношению к раздражителям второй сигнальной системы. Это особенно благоприятствует формированию под влиянием словесных воздействий усыпившего новых корковых динамических структур, представляющих физиологическую основу реализации внушенных действий и состояний.

Указанные особенности проявляются в том, что вся *внешняя* второсигнальная деятельность усыпленного *сведена лишь к прямым ответам на вопросы усыпившего* при отсутствии самостоятельного реагирования на какие-либо воздействия, в том числе и на словесные, исходящие от других лиц (так называемый изолированный раппорт). Это понятно, поскольку деятельность второй сигнальной системы, лежащая вне зоны раппорта, заторможена. Внутрицентральные отношения, связанные со второсигнальной деятельностью усыпленного, приобретают совершенно особый характер, что проявляется в *исключительной силе влияния слов усыпившего*. Следует отметить, что словесные воздействия усыпившего обычно могут прочно закрепляться в коре мозга усыпленного в виде определенных корковых динамических структур, не связанных с прежними такими же структурами.

Это последнее обстоятельство обусловлено изолированностью зоны раппорта от всех остальных районов коры мозга, заторможенных в силу отрицательной индукции. Временно и частично растормаживаются лишь те участки коры, которые вовлекаются в реакцию на специально направленные слова усыпившего. Вследствие этого последние, действительно, имеют преобладающее значение, т. е. получают силу внушения.

Как в этих условиях характеризуется деятельность первой сигнальной системы усыпленного?

Высшая нервная деятельность усыпленного подчинена деятельности второй сигнальной системы, а через нее воздействиям усыпившего. В этих условиях первая сигнальная система в той или иной степени заторможена, наблюдается изменение характера замыкательной и анализаторной функции в тех участках коры, которые вызваны к деятельности содержанием слов усыпившего. Поэтому под влиянием последних в этих участках коры легко может возникать полное выпадение деятельности отдельных анализаторов, а также их гипер- или гипофункция.

Таким образом, высшая нервная деятельность в условиях внушенного сна детерминируется раздражениями усыпившего. Вся внешняя среда для усыпленного ограничивается воздействиями со стороны усыпившего. При этом даже безусловнорефлекторная деятельность усыпленного оказывается в значительной мере, а иногда и полностью, подчиненной этим влияниям.

Каков характер подкорковой деятельности усыпленного в условиях внушенного сна?

Подкорковая деятельность его, повидимому, также лишена той активности, которой она обладает в бодрствующем состоянии, и также подчинена воздействиям усыпившего, которые доходят до нее через кору головного мозга, причем таким путем деятельность подкорки может быть полностью заторможена, изменена в силе или даже извращена.

Итак, мы видим, что деятельность коры и подкорки в условиях внушенного сна резко отличается от таковой в состоянии бодрствования.

Переходя к рассмотрению вопроса об особенностях условнорефлекторной деятельности во время внушенного сна, нужно сказать, что работ, посвященных этому вопросу, не столь много. Тем не менее данные разных авторов представляют несомненный интерес, так как ими вскрыт ряд специфических особенностей состояния высшей нервной деятельности в этих условиях.

Согласно этим данным, условнорефлекторная деятельность во внушенном сне претерпевает определенные изменения. Так, С. Л. Левин в своих ранних работах (1931) отмечал, что у детей в условиях внушенного сна двигательные и секреторные условные рефлексы, выработанные ранее

в бодрствующем состоянии, резко падают, причем обнаруживается диссоциация как между двигательными и секреторными условными рефлексами, так и между слюноотделительными и жевательными безусловными рефлексами; выступают также переходные (фазовые) состояния — парадоксальная, ультрапарадоксальная и тормозная фазы, вплоть до возникновения полного сна.

По данным И. М. Невского и С. Л. Левина (1932), вызываемая путем внушения в гипнотическом сне секреция слюнных желез на определенные внушаемые вещества, т. е. по механизму обычного условного рефлекса, оказывается более обильной, чем при аналогичном внушении, сделанном в бодрствующем состоянии. Это также говорит о том, что корковые клетки во внушенном сне способны к более усиленной деятельности, чем в бодрствующем состоянии.

По данным Ю. А. Поворинского и Н. Н. Трауготт (1936), в условиях внушенного сна у разных усыпляемых торможение условнорефлекторных связей оказывается различным по величине, вплоть до полного их исчезновения. При пробуждении же у большинства условные рефлексы восстанавливаются не сразу и не в полной мере, что относится как к первой, так и ко второй сигнальной системе, причем речевые реакции затормаживаются первыми и восстанавливаются последними.

Согласно исследованиям Р. М. Пэн и М. А. Джигарова (1936), в неглубоком внушенном сне выработанные ранее условные рефлексы сохраняются, но они понижаются и их скрытый период увеличивается. При этом отмечается последовательное торможение от диференцировочных раздражителей. После пробуждения наблюдается явление концентрации тормозного процесса.

Что же касается образования в состоянии внушенного сна новых условнорефлекторных связей, относящихся к первой сигнальной системе, то, по данным этих авторов, в неглубоком внушенном сне это оказывается возможным, хотя и затруднено; в глубоком же сне образование новых условных рефлексов, относящихся к первой сигнальной системе, невозможно.

По данным Ю. А. Поворинского (1937), условные рефлексы, выработанные в бодрствующем состоянии, проявляются во внушенном сне с бо́льшим латентным периодом, а у части исследуемых вообще отсутствуют. При этом даже в условиях самого глубокого внушенного сна сохраняется реакция на словесные воздействия усыпившего. Более сложные и онтогенетически более поздние условные связи речедвигательного анализатора затормаживаются при погружении в состояние внушенного сна первыми, а при пробуждении из этого состояния освобождаются от торможения последними.

По данным И. И. Короткина, Ф. П. Майорова и М. М. Сусловой (1951), условные рефлексы, выработанные в бодрствующем состоянии, в сомнамбулической фазе внушенного сна исчезают; в случае же перехода исследуемого в легкое дремотное состояние они проявляются. Что же касается безусловных рефлексов, то в глубоком внушенном сне они также претерпевают изменение, уменьшаясь в величине, а при обратном переходе в легкое дремотное состояние увеличиваются до своего исходного, нормального значения. Что же касается новых условных рефлексов, то в сомнамбулической фазе внушенного сна они совсем не вырабатываются.

Далее Н. И. Красногорский (1951) отмечает, что возникновение в коре мозга в условиях внушенного сна обширных заторможенных полей, естественно, не может остаться без влияния на другие клетки и отделы больших полушарий, в которых могут создаваться разнообразные изменения возбудимости и деятельности. Он подчеркивает, что при этом условные рефлексы, осуществляемые клетками, лежащими в зоне раппорта,

могут быть бо́льшими, чем в бодрствующем состоянии. Это, по мнению Н. И. Красногорского, обусловлено тем, что вследствие индукционных воздействий с заторможенных полей деятельность бодрствующих отделов коры приобретает бо́льшую силу. В то же время прочие условные рефлексы, связанные с корковыми клетками, лежащими вне этой бодрствующей зоны, оказываются в большей или меньшей степени задержанными.

Выработка в этом состоянии новых условнорефлекторных связей, *по данным Н. И. Красногорского, может осуществляться с полным успехом* всеми бодрствующими в этих условиях клетками коры головного мозга. По мнению автора, «во время этих разделенных состояний коры могут возникать стойкие связи между бодрствующими корковыми и подкорковыми системами».

Как отмечают Б. В. Павлов и Ю. А. Поворинский (1953), условные связи при словесных подкреплениях, исходящих от усыпившего, во внушенном сне образуются быстрее, чем в бодрствующем состоянии. При этом в сомнамбулической фазе внушенного сна словесные подкрепления, как правило, вызывают более сильную и более длительную реакцию с меньшим скрытым периодом, чем непосредственный первосигнальный раздражитель.

Указанные авторы отмечают также, что в бодрствующем состоянии условная двигательная реакция, как правило, в большей мере отвечает непосредственному раздражителю, чем словесному; во внушенном же сне она в большей степени следует словесному раздражителю, исходящему от усыпившего, причем в этом случае она нередко возникает с места. Таким образом, во внушенном сне более сильными и более лабильными оказываются те процессы коры головного мозга, которые связаны с деятельностью второй сигнальной системы в з о н е р а п п о р т а.

Если же словесный раздражитель исходит от постороннего лица, то ответные двигательные реакции в сомнамбулической фазе внушенного сна либо совсем отсутствуют, либо оказываются значительно меньшими, чем на соответствующий непосредственный раздражитель, а скрытый период реакции является более длительным. В то же время если словесный раздражитель в этих условиях исходит от усыпившего, то он вызывает реакцию даже более сильную, чем первосигнальный условный раздражитель, на основе которого она была выработана.

Более того, образование временных связей на непосредственные раздражители (так же, как и на словесные раздражители от постороннего лица) во внушенном сне происходит м е д л е н н е е, чем в бодрствующем состоянии.

Интересно также то обстоятельство, что условные связи, возникшие во внушенном сне, как правило, проявляются только в этом состоянии и не бывают в период бодрствования. Однако если во внушенном сне будет сделано специальное словесное внушение реагировать по пробуждении так же, как и во время внушенного сна, то эти условные связи после пробуждения оказываются сохраняющимися. Это говорит о том, что характер условнорефлекторной деятельности м о ж н о и з м е н я т ь путем тех или иных словесных внушений.

Отметим далее, что, по данным Б. В. Андреева (1941), в момент того или иного словесного внушения происходит ослабление внушенного сна; по данным же Ю. А. Поворинского (1937), внушения галлюцинаций в гипнотическом сне углубляют тормозное состояние коры мозга, что, по его мнению, может быть обусловлено возникновением через словесное внушение нового очага возбуждения, усиливающего по закону отрицательной индукции торможение в остальных участках коры мозга.

Отметим, что, согласно исследованиям Ф. П. Майорова (1950) и М. М. Сусловой (1948), во время сомнамбулической фазы внушенного сна значительно снижается количество правильно сделанных сложений (в психологическом эксперименте), т. е. число ошибок увеличивается. Это свидетельствует о том, что торможение распространилось в этих условиях также на вторую сигнальную систему.

По данным Н. И. Красногорского (1951), степень заторможенности во внушенном сне деятельности различных анализаторов может быть различной. Так, в то время как реакция на свет в сомнамбулической фазе внушенного сна у одной из его исследуемых полностью отсутствовала, реакции слухового анализатора не только не ослабевали, а, наоборот, оказывались резко усиленными.

Все изложенное свидетельствует о закономерно происходящих в условиях внушенного сна значительных изменениях в характере корковой деятельности, определяющих в целом специфику высшей нервной деятельности, систематическое изучение которой составляет предмет дальнейших исследований.

ВНУШЕННЫЙ ОТДЫХ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СНЕ

Остановимся на рассмотрении того особого состояния, какое может быть создано во внушенном сне путем специального внушения глубокого отдыха.

Уже в исследованиях А. Н. Мацкевич (1930) выступило на первый план важное положительное значение словесного внушения усыпленному состояния полного отдыха.

Так, по данным А. Н. Мацкевич, после словесной инструкции усыпленному: «Вы сейчас отдыхаете!» функции высших отделов нервной системы исследуемого улучшались более, чем в том случае, если имела место одна обычная инструкция: «Спите глубоко!».

Попутно выяснилось и то важное обстоятельство, что в период внушенного сна далеко не всегда налицо явления полного телесного и душевного спокойствия и отдыха, а соответственно этому далеко не всегда при этих условиях могут полностью отсутствовать реакции усыпленного на те или иные побочные внешние и внутренние раздражения.

Выше мы уже приводили наблюдение, когда исследуемая Ш., длительно находившаяся в состоянии внушенного сна, внезапно стала проявлять признаки беспокойства, что было обусловлено одним привходящим обстоятельством: по окончании исследования ей предстояло ехать в поселок, и она боялась опоздать на поезд. Такая установка на фактор времени у нее возникла перед усыплением и проявилась во внушенном сне (за час до отхода поезда) в порядке сигнала, идущего от возникшего и продолжавшего бодрствовать «сторожевого пункта».

Ниже мы приводим аналогичный пример беспокойства, проявившегося во внушенном сне под влиянием интероцептивного раздражителя.

Для анализа явлений внушенного отдыха представляют особый интерес данные О. Л. Гордона (1946), изучавшего у больных с фистулой желудка состояние желудочной секреции в специально созданных условиях глубокого отдыха во внушенном сне. Это были больные с искусственным пищеводом и выключенным, но совершенно здоровым и нерезецированным желудком. Исследования проводились в клинике лечебного питания М. И. Певзнера в условиях глубокого внушенного сна.

Приводим пример.

Больной Н. была сделана операция антеторакального пищевода, через который она в течение нескольких месяцев вполне успешно питалась. Больная легко поддавалась гипнотическому внушению и могла часами

находиться в глубоком внушенном сне. Это позволило изучать желудочную секрецию в тех условиях, когда, помимо обычного физического покоя, ей делалось во время пребывания ее во внушенном сне дополнительное внушение, что она находится в состоянии абсолютного покоя и безмятежно спит. Такое состояние характеризовалось полным расслаблением всей скелетной мускулатуры, спокойным равномерным дыханием, ровным и редким пульсом. При этом отмечалось, что желудочная секреция, начинавшая заметно снижаться, с началом внушенного сна при внушении «состояния абсолютного покоя» в течение короткого времени, а иногда и сразу после этого внушения, полностью прекращалась. Это продолжалось в течение всего периода, пока больная находилась в состоянии внушенного ей «абсолютного покоя», которое в отдельных случаях длилось до 2 часов.

Если же с целью контроля такое «состояние абсолютного покоя» прерывалось внушением деятельности (например, ей внушалось, что она ест вкусный завтрак — ее любимый жирный плов или бифштекс с луком), то у нее тотчас же возникала энергичная желудочная секреция с весьма высокой кислотностью сока. При этом больная оживлялась, приходила в радостное возбуждение, и ее лицо, до того безмятежно спокойное, отражало удовольствие от еды вкусного блюда.

Эти исследования привели нас к признанию чрезвычайно важного значения специально создаваемого словесным внушением особого физиологического состояния глубокого отдыха.

Следует особенно подчеркнуть, что естественный сон далеко не всегда приводит все органы и системы человека в состояние полного отдыха. В условиях естественного сна в коре мозга нередко могут сохраняться скрытые очаги возбуждения, обусловленные оставшимися неизжитыми за время бодрствования (или же вновь возникшими) психотравмирующими воздействиями. Вследствие этого вызванные ими изменения в характере корковой динамики могут оставаться невыравнившимися окончательно и поэтому могут вести к состоянию ее неуравновешенности. Все это не может не отражаться на состоянии во время сна внутренних органов, скелетной мускулатуры, частично продолжающих сохранять свой несколько повышенный тонус, несмотря на общие условия покоя. Обычно это проявляется в том, что естественный сон оказывается в таких случаях беспокойным или поверхностным, сопровождающимся сновидениями, движениями во сне и пр.

Именно вследствие этого и необходимо оказывать специальное воздействие на кору мозга усыпленного путем словесного внушения, что его организм «пришел в условия полнейшего отдыха», или «пребывает в абсолютном покое», при котором «все пережитые волнения полностью устранены», а его мозг, как и все органы и ткани, быстро и полностью восстанавливает свои функции. Таким образом, первым приемом словесного внушения человек переводится из обычного бодрствующего состояния в состояние внушенного сна, а вторым приемом внушения создаются специальные условия для глубокого отдыха в этом внушенном сне.

Как мы имели возможность убедиться на основании многолетнего применения этого приема, физиологическое состояние «глубокого отдыха во внушенном сне», действительно, оказывало на высшую нервную деятельность исследованных нами людей огромное воздействие. Повидимому, это было обусловлено тем, что слова внушения: «Сейчас вы находитесь в условиях глубокого отдыха!» ведут к возникновению в корковой деятельности усыпленного, а отсюда и во всем его организме соответствующих физиологических и биохимических изменений. При этом в их основе лежит не только физиологический механизм репродуцирования следов пережи-

того когда-либо в прошлом состояния наиболее глубокого и полного отдыха, но и принцип отвлечения и обобщения, специфичный, по И. П. Павлову, для второсигнальной деятельности, приводящий в данном случае к образованию соответствующей комплексной динамической структуры «состояния полного отдыха».

В таком состоянии глубокого отдыха во внушенном сне исследуемый должен оставаться некоторое время (от $^1/_2$ до 1 часа и более). Как показал опыт, уже одночасовое пребывание в этом состоянии в большинстве случаев дает максимальный отдых всему организму человека. При этом такое длительное состояние внушенного глубокого отдыха чрезвычайно благотворно действует не только на корковую динамику и на всю высшую нервную деятельность в целом, но и на функциональное состояние всех тканей и органов, а также всей вегетативно-эндокринной системы.

Нет сомнения в том, что словесное внушение, направляемое на создание глубокого отдыха, условнорефлекторно вызывает широкие и глубокие биохимические изменения в организме усыпленного, связанные с действительным, безусловным физиологическим состоянием отдыха, с которым в коре мозга на основе данных прошлого опыта, конечно, имеются многочисленные следовые связи. Поэтому внушение: «Сейчас все ваше тело глубоко отдыхает!», действительно, приводит организм человека в состояние полного физиологического покоя. Последний, как известно, характеризуется отсутствием как внешних проявлений специфической деятельности, так и изменений в клетках (обычно выражающихся в виде выведения секрета, механических эффектов и пр.). Однако в этих условиях, при видимом покое, в клетках происходит особая и специфичная деятельность. Так, в железах непрерывно идет подготовка секрета, в мышцах — ряд последовательных невидимых явлений для выполнения будущей механической работы. Как отмечает К. М. Быков (1947), такое состояние физиологического покоя, «по всей видимости, нуждается в весьма малом расходе энергии», а настройка уровня покоя зависит в значительной степени от кортикальных стимуляций.

Какие физиологические механизмы лежат в основе возникновения состояния «глубокого отдыха», вызываемого путем внушения?

На основании специально проведенных нами экспериментальных исследований можно думать, что внушение словом через зону раппорта создает концентрированный очаг возбуждения, специально направленный на усиление в о с с т а н о в и т е л ь н о й функции коры мозга. Как известно, эта функция коры наиболее полно изучается в последние годы Г. В. Фольбортом (1951) и его сотрудниками.

Мы полагаем, что высокая эффективность внушенного глубокого отдыха может быть обусловлена максимальной активизацией восстановительной функции коры мозга, осуществляемой в условиях временного выключения других ее функций, в том числе замыкательной и анализаторной.

Создание во внушенном сне глубокого отдыха представляет для исследователя не только несомненный теоретический интерес, но и важное практическое значение.

ГЛАВА V

ЗАМЫКАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ

...нервное замыкание и есть первый нервный механизм, с которым мы встречаемся при изучении функциональной деятельности коры больших полушарий.

И. П. Павлов

Переходим к исследованию влияний на корковые процессы через вторую сигнальную систему. Начнем с рассмотрения вопроса о действии слова на замыкательную функцию коры мозга.

В частности, прежде всего нас интересовало, возможно ли действием слова изменить или даже полностью устранить возникшую ранее условную связь и каковы условия реализации самого словесного внушения, т. е. замыкания дуги типичнейшего условного рефлекса человека, каким является действие слова.

Прежде всего мы рассмотрим данные наших ранних исследований в этом направлении, проведенных еще в 1910 г. в лаборатории В. М. Бехтерева и описанных в одной из глав нашей диссертации (1912).

Для этой цели мы воспользовались хорошей гипнабильностью двух наблюдавшихся нами женщин, быстро впадавших в состояние внушенного сна с последующей полной амнезией. У обеих женщин на основе безусловного оборонительного (двигательного) рефлекса был выработан прочный двигательный условный рефлекс на сумму раздражений (свет+звук) и на каждое из этих раздражений в отдельности. При этом двигательная реакция (оборонительное движение стопы левой ноги) на звук (электрический звонок средней силы) оказывалась более энергичной, чем на свет (электрическая лампочка в 16 вт).

После ряда проб на прочность рефлексов первая из исследуемых погружалась в состояние внушенного сна и ей делалось внушение: «Свет и звук, взятые вместе и каждый в отдельности, не являются для вас раздражителями, вызывающими движение ноги». По пробуждении наблюдаемой ряд односекундных световых раздражений не вызвал никакой реакции: рефлекс оказался заторможенным. Это немало удивило исследуемую, так как до того ей никогда не удавалось произвольно задержать эти реакции. Но пробы на звонок и на сумму раздражителей (свет+звук) двигательную реакцию вызвали. И лишь повторное, более энергичное словесное воздействие, направленное в сторону снятия реакции на звонок, совершенно затормозило двигательный рефлекс также на звуковой раздражитель. После этого было сделано обратное внушение: «Свет и звук снова

стали вызывать движение ноги!», в результате чего рефлексы как на свет, так и на звук полностью восстановились.

Конечно, в данном случае, казалось бы, можно было заподозрить возможность симуляции. Но это исключалось тем, что исследуемая, как уже упоминалось, до того не могла произвольно задержать движение ноги, причем выработанный у нее двигательный условный рефлекс был настолько прочен, что проявлялся и вне лабораторной обстановки, например, в домашних условиях при внезапном освещении темной комнаты искрой проходящего трамвая или при нарочито данном во внелабораторных условиях звонке: все это вызывало у нее, по ее собственному выражению, непроизвольное «дергание ноги».

У второй исследуемой образовался такой же прочный условный двигательный рефлекс. Особенность последнего заключалась в том, что вместо обычной оборонительной реакции в виде однократного отдергивания (поднимания и опускания) стопы реакция на свет и на звук у нее проявлялась



Рис. 29. Влияние словесного внушения на выработанный ранее двигательный условный рефлекс

а — до словесного внушения; *б* — после внушения одинаково спокойного отношения к обоим раздражителям.

в форме клонических колебаний стопы, длительность которых продолжалась 10—15 секунд после прекращения односекундного звучания звонка. Такая же реакция у нее получалась и на сумму условных раздражителей. Но с первого же сеанса обнаружилось, что эта своеобразная клоническая реакция была связана лишь со звуковым условным раздражителем (звонок), причем она длилась всегда и после прекращения звучания звонка. Сила этой реакции была адэкватна силе раздражителя, что особенно ярко проявилось после замены звонка звучанием струны (при разных октавах): ослабление двигательной реакции развивалось соответственно затиханию звука струны, но движения сохранялись и по прекращении звучания струны (рис. 29,*а*). Реакция же на 10-секундное световое раздражение была иная — движение стопы прекращалось о д н о в р е м е н н о с окончанием светового раздражения. При этом данной женщине, так же как и первой, никогда не удавалось произвольно не только совершенно подавить, но даже и ослабить эту двигательную реакцию. По словам исследуемой, «нога двигается не по моей воле и удержать ее я не могу».

Для выяснения возможности изменять путем внушения характер реакции на условные раздражители мы сделали исследуемой следующее внушение: «К свету и звуку более спокойное и равное отношение!». Разбудив исследуемую, мы стали поочередно воздействовать то звуком струны, то светом лампочки. Полученные рефлексы снизились, что отвечало сделанному внушению (рис. 29,*б*). Такой же положительный эффект был получен и при внушении абсолютной нечувствительности по отношению к обоим агентам: реакций не было ни на звук струны, ни на свет.

Интересно отметить, что звуковые раздражения, дававшиеся внезапно по окончании исследования (во время беседы, проходившей уже вне опытной кабинки), также не вызывали ни подергивания ноги, ни вздрагивания всего тела, в то время как до указанного отрицательного внушения эти реакции имели место. Следовательно, отрицательное внушение продолжало оставаться действительным и после окончания процесса самого исследования. Это влияние сохранялось и в последующие дни. Для восстановления прежней реакции оказывалось необходимым соответствующее внушение противоположного характера. И тогда прежнее отношение наблюдаемой к тем же раздражителям тотчас же снова восстанавливалось.

Эти исследования, хотя и произведены только у двух лиц, позволили убедиться в том, что слово *имеет значение реального действующего фактора, изменяющего условнорефлекторные реакции* в том или ином направлении, подавляя их в одних случаях, оживляя в других и извращая в третьих.

Для нас эти исследования в те годы (1910) имели особое значение в связи с интересовавшими нас вопросами о воздействии словесного внушения на высшую нервную (психическую) деятельность человека. Если слово могло оказывать свое влияние на поведение человека, то отсюда следовало, что оно должно было оказывать воздействие и на элементарную условнорефлекторную деятельность, в том числе и на двигательные условные рефлексы. Полученные данные подтвердили наше предположение, подводя этим самым физиологическую базу под понимание механизмов сложной системы воздействий, оказываемых словом на высшую нервную деятельность.

В дальнейшем аналогичные исследования в том же направлении были выполнены В. М. Бехтеревым и Н. М. Щеловановым (1925), В. М. Бехтеревым и В. Н. Мясищевым (1926), подтвердившими результаты наших исследований. Ими также с полной ясностью устанавливалась возможность влияния словесного раздражителя в разнообразных направлениях на условнорефлекторную деятельность, и притом в состоянии как бодрствования, так и внушенного сна.

Как будет видно из дальнейшего изложения, уже само гипнотическое торможение с его фазами (а особенно с парадоксальной фазой), т. е. без наличия состояния внушенного сна как такового, также имеет большое значение не только для экспериментальных целей, но и для лечебных внушений. Как показывают данные лаборатории И. П. Павлова и многочисленные клинические наблюдения, гипнотическое состояние играет немалую роль также в процессе образования некоторых невротических состояний, нередко проявляясь при известных условиях самостоятельно, без нарочитого вызывания состояния внушенного сна. При этом, как мы знаем, гипнотическое состояние может иметь ряд степеней, начиная от едва заметного «гипноидного», «почти не отличимого от бодрого состояния» (И. П. Павлов). Тем не менее уже при самом легком снижении коркового тонуса может иметь место та парадоксальность силовых отношений, в условиях которой и создается повышенная внушаемость.

Забегая несколько вперед, отметим, что, повидимому, в этом именно состоянии и возникает стойкая фиксация образовавшихся временных связей, иногда приобретающих характер патологических «неугасимых реакций» типа так называемого навязчивого состояния, и что эти психогенно возникающие навязчивые состояния обусловлены словесным внушающим воздействием, падающим на кору мозга в условиях гипноидного состояния, при сниженном ее тонусе. В свою очередь эти состояния могут быть устранены соответствующим словесным внушением в том же сниженном состоянии тонуса коры мозга, но только искусственно созданном, в каком они

образовались. В этом и состоит сущность лечебного применения слова во время внушенного сна.

Для иллюстрации сказанного приведем ряд типичных наблюдений. Все они содержат в себе замыкание условнорефлекторной связи с возникновением соответствующего патологического синдрома и устранение этого синдрома словом врача. В некоторых наблюдениях явственно выступает активная роль словесного внушающего воздействия, травмирующего психику.

1. Больной К., 37 лет, парикмахер военной части, обратился с жалобами, что он в течение последних 5 лет страдает навязчивым страхом, лишающим его возможности обслуживать лиц высшего командного состава. При появлении в парикмахерской этих клиентов его охватывает непреодолимое волнение, возникает общая слабость, появляется дрожь в ногах и в руках, связанная с боязнью порезать клиента. Диагноз поликлиники: «психастения». Применявшиеся в течение всего этого времени разнообразные терапевтические мероприятия оказывались безрезультатными.

В беседе с больным удалось выяснить причину образования этого невротического синдрома: он однажды брил одного из лиц высшего командного состава. Благополучно побрив одну щеку, вышел в соседнюю комнату для того, чтобы направить бритву. Там заведующий обратился к нему в тревожно-предупредительном тоне: «Слушай! Ты знаешь, кого ты бреешь? Ведь это начальник нашей части! Ты видишь, у него три ромба! Смотри, не порежь его!».

«Я как-то оторопел при слове „начальник",— говорил больной,— и мне въелась мысль, что могу его порезать. С трудом и с большой неуверенностью в руке кое-как добрил его, весь дрожа, и действительно, чуть было не порезал. И с тех пор не могу брить клиентов с ромбами в петлицах: боюсь, дрожу...».

В этом случае образовался прочно зафиксировавшийся патологический условный рефлекс на данную ситуацию, выразившийся в форме дискоординации движений, возникшей в условиях непреодолимого страха.

В возникновении этого рефлекса играло роль именно наличие определенных внешних признаков, имеющихся у клиента: «знаков различия». Когда больному приходилось брить того же начальника, но одетого не в военную форму, описанный патологический синдром не имел места, рука больного владела бритвой с обычным спокойствием и уверенностью.

Нами было сделано внушение в гипнотическом состоянии больного: «Пережитое вами волнение, связываемое с обслуживанием лиц высшего военного состава, уже забыто!», «Вы вполне освободились от страха, связанного с этими случаями, и всегда сохраняете полное самообладание, а к этой категории клиентов относитесь спокойно и бреете уверенно!». В течение трех сеансов гипносуггестивной терапии, с последующим после каждого сеанса одночасовым внушенным сном-отдыхом, удалось полностью устранить эту патологическую условную реакцию, причем было произведено профилактическое словесное внушение, предупреждающее возникновение такой реакции в будущем. Положительный катамнез прослежен нами на протяжении 10 лет.

Что же в данном случае способствовало образованию и закреплению описанной патологической условнорефлекторной связи?

Ответ на этот вопрос дают слова И. П. Павлова: «...то, что психологически называется страхом, трусливостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий,

представляет различные степени пассивнооборонительного рефлекса»[1]. «Это состояние,— говорил он в другом месте,— находится в определенной связи с гипнотическим состоянием», градации которого являются «часто едва отличающимися от бодрого состояния» (разрядка наша.—*К. П.*)[2].

В самом деле, в данном случае слова заведующего парикмахерской, вызвавшие аффект страха, привели больного в состояние оторопелости, обусловив образование (по физиологическому механизму внушения) длительно зафиксировавшейся патологической временной связи на определенный сложный условный раздражитель, каким являлся клиент с определенными военными знаками различия.

Следует отметить, что физиологическим субстратом состояния оторопелости служит сниженный тонус коры мозга, в которой при этом нередко развивается фазовое состояние («фаза внушения»). Доказательством может служить устранение словесным внушением возникшей патологической временной связи, осуществленное нами в том же гипноидном состоянии коры мозга, в каком она находилась в момент возникновения данного патологического синдрома.

Приводим еще один такой пример, являющийся, как нам кажется, также весьма показательным.

2. Больной З., 42 лет, главный бухгалтер одного из крупных трестов, обратился к нам с жалобой на спазматические движения, возникающие в кисти правой руки при письме, что проявляется главным образом при подписывании им банковских чеков, особенно если это происходит при посторонних лицах. При этом, помимо дрожания руки и судорожного сведения пальцев, наблюдается также непроизвольное отбрасывание их в сторону. Так как эти явления упорно держались в течение ряда недель, это дало основание для крайнего беспокойства и волнения больного. Необходимо отметить, что при подписывании других документов больной был вполне спокоен.

Напомним, что, как отмечает В. М. Бехтерев (1929), «у лиц, имеющих дело с важными актами, которые им приходится подписывать в учреждениях при публике, встречается иногда особый вид фобии, состоящий в страхе подписывать. Здесь, повидимому, ничто не выдает болезненного состояния до тех пор, пока не представится необходимость подписать свою фамилию. Тогда тотчас возникает безотчетный страх, который все более и более возрастает, руки начинают дрожать, и написание фамилии до такой степени искажается, что подпись оказывается едва узнаваемой или даже вовсе неузнаваемой».

Такой симптомокомплекс заставил предположить его условнорефлекторное происхождение. Путем анамнестической беседы было установлено, что эти явления развились постепенно, начавшись с того времени, когда однажды больной был вынужден в спешном порядке подписать большое количество банковских чеков на весьма крупные суммы, что, по его словам, «происходило в конце рабочего дня, на усталую голову, в обстановке крайне напряженной работы, в условиях суеты и спешки». Вскоре произошла порча по вине больного одного из чеков на очень крупную сумму, уже подписанного директором треста. Это повлекло за собой ряд неприятностей, что еще больше усилило тревогу больного за состояние своей нервной системы.

---

[1] И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 360.

[2] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 330.

Больной рассказал нам, что, подписывая чек, он впервые почувствовал непроизвольное отбрасывание пальцев, вследствие чего сделанная им подпись получила столь необычный вид, что не могла быть признана банком за действительную. С этого момента у него возникла постоянно проявлявшаяся невозможность подписывать банковские чеки, что он особенно остро чувствовал, когда это ему приходилось делать в присутствии посторонних лиц.

По этому поводу больной неоднократно обращался к врачам, но применяемые ими разнообразные методы лечения успеха не дали, в результате чего врачи рекомендовали ему переменить профессию.

Как мы видим, развитие явления писчего спазма, впервые возникшего в условиях сниженного тонуса мозговой коры, при остром перенапряжении подвижности основных корковых процессов произошло в данном случае также по условнорефлекторному механизму. Подписывание денежных документов одного и того же типа (банковские чеки), выполнявшееся больным много раз подряд, происходило в одной и той же обстановке, травмировавшей его психику. В связи с этим имелись все условия для образования и прочной фиксации патологического (кинестезического) условного рефлекса, упрочившегося настолько, что устранить его усилием своей воли сам больной уже не мог.

Была проведена успокаивающая разъяснительная психотерапия, закончившаяся тремя сеансами императивных внушений соответствующего содержания: «Волнения забыты, спазматические явления, возникающие в правой руке при подписывании чеков, прекратились и больше не могут повторяться, самочувствие хорошее. Вы уже здоровы и все обстоит хорошо!» и т. п. Внушения были сделаны в гипнотическом дремотном состоянии больного, т. е. при том же сниженном тонусе коры мозга. После каждого сеанса давалось по одному часу внушенного сна-отдыха.

Все это привело к уравновешиванию основных корковых процессов и к устранению описанного патологического условного рефлекса. Больной находился под нашим наблюдением в течение 2 лет, рецидивов не было. Был демонстрирован на конференции психотерапевтов.

3. Больной Д., 38 лет, вагоновожатый, обратился к нам с жалобами на учащенное сердцебиение и раздражительность, но главным образом на то, что, по его словам, он «не переносит вида висящих на вагоне трамвая ребят». У него мгновенно, по его выражению, «обрывается сердце» и он тотчас же весь «обливается потом»; у него «подкашиваются ноги» и он «не может работать». Заболевание возникло год назад, после того как под колеса его вагона попал мальчик.

Несколько месяцев безуспешно лечился в поликлинике и в санатории по поводу «невроза сердца». Применена психотерапия, получил три сеанса соответствующего словесного внушения во внушенном сне, в результате чего наступило стойкое устранение всего патологического синдрома. Находился под наблюдением в течение года; рецидивов не было.

У данного больного также образовалась патологическая временная связь на определенную ситуацию, возникшая при однократно пережитом остром аффективном напряжении, создавшем в коре мозга сильнейший очаг возбуждения с отрицательной индукцией в других участках коры, что в свою очередь влекло за собой положительное индуцирование подкорки с ее вегетативными центрами.

Итак, приведенные примеры иллюстрируют картину образования временных патологических условных связей и механизм устранения этих связей путем словесного воздействия.

Описывая физиологические механизмы, лежащие в основе реализации словесного внушения, производимого во внушенном сне больного,

а также и в основе явления раппорта, И. П. Павлов поясняет, что при этом большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. Из такого возбужденного пункта (служащего пунктом раппорта.— *К. П.*) «вы действуете на него и внушаете. И загипнотизированный потом роковым образом исполняет ваше приказание...». В этих условиях «влияние остальных частей полушарий на то, что вы даете в ваших словах, в ваших раздражениях, совершенно отрывается от всех остальных». Вследствие этого «когда человек приходит в бодрое состояние после этого внушения, он ничего не может сделать с этим изолированным раздражением, потому что оно разъединено со всеми остальными» (разрядка наша.— *К. П.*)[1].

Реализация словесных внушений, как мы уже знаем, осуществляется наиболее легко и эффективно именно в гипнотическом сне, с его фазой внушения и с его бодрствующей зоной раппорта. Индукционные отношения в коре головного мозга чрезвычайно благоприятствуют усилению в зоне раппорта замыкательной деятельности. Именно в силу этого, по словам И. П. Павлова (1927), «...гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности»[2], как и вызвать реакции, явно противоречащие действительным раздражениям. Это свидетельствует о значительной силе словесного воздействия, которое может оказать влияние на многие процессы в организме, в том числе и на функциональное состояние самой коры мозга.

Все это было в свое время подтверждено физиологическими исследованиями. Так, Н. И. Красногорский (1939) при изучении деятельности головного мозга детей и подростков установил, что в коре мозга, находящейся в состоянии гипнотического торможения, «могут в ее бодрствующих полях образоваться исключительно сильные и стойкие рефлексы». Речь идет о клинических исследованиях С. Л. Левина, которые показали, что внушение еды яблока, сделанное во внушенном сне ребенка, вызывает вдвое бо́льшую секрецию слюны, чем то же внушение, но сделанное в бодрствующем состоянии.

По Ю. А. Поворинскому (1953), слово «звонок», произносимое усыпившим, дает бо́льшую условнорефлекторную реакцию, чем самый звонок, на который в бодрствующем состоянии рефлекс был выработан. Эти особенности сохраняются даже на фоне самого глубокого сонного торможения.

В заключение следует остановиться на рассмотрении вопроса, почему внушение можно осуществлять только одним путем — путем словесного воздействия, оказываемого усыпляющим на усыпляемого? При этом оно всегда должно иметь форму или приказа, или указания, что в данный момент происходит, или же произойдет когда-либо позже. Например: «Вы испытываете чувство радости!» или: «Вы держите в руке цветок!», или: «Через час по пробуждении вы выполните (то-то)!» и т. п.

Очевидно, это обусловлено тем, что только второй сигнальной системе свойственны процессы обобщения и отвлечения, на основе которых, повидимому, образуются соответствующие новые корковые динамические структуры, являющиеся отражением в коре мозга содержания словесного воздействия. Отсюда следует, что только словесная форма воздействия и может создавать в коре мозга эти новые, обобщенные динамические структуры

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 484.

[2] И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 358.

При этом такие динамические структуры оказываются связанными с соответствующими анализаторами в коре и подкорковыми центрами.

Возникает, естественно, второй вопрос: почему внушаемое р е а л и з у е т с я, т. е. претворяется в форме определенного и целостного двигательного или же рецепторного акта?

Повидимому, в коре мозга происходит процесс оживления следов аналогичных деятельностей в прошлом. При этом реализация внушенного состояния или действия в виде соответствующей рецепторной деятельности, двигательного акта или эмоционального состояния возникает лишь тогда, когда оживление этих следов достигает определенной силы. Повидимому, таким же путем реализуются и внушенные сновидения.

Реализация внушаемой мысли или исполнение приказа усыпившего (дать ответ на поставленный им вопрос и т. д.), повидимому, осуществляется также путем оживления следов прежней второсигнальной деятельности. Обычно усыпленный дает достаточно правильные ответы на поставленные ему вопросы. Последнее обстоятельство нередко вводит исследователя в заблуждение, заставляя его думать, что он имеет дело с с о з н а т е л ь н ы м и о т в е т а м и, в то время как в действительности ответы, имея сложную условнорефлекторную природу, осуществляются без участия сознания усыпленного. Об этом свидетельствуют факты полной амнезии вопросов и даваемых на них ответов (если только не было сделано специальное внушение о том, чтобы помнить о них после пробуждения). Так как кора мозга усыпленного находится в состоянии более или менее глубокого расчленения на бодрствующие и сонные участки, ответная деятельность ее может осуществляться лишь постольку, поскольку между бодрствующими участками возможны процессы оживления прежних связей и образования на их основе новых связей и новых динамических структур.

Впрочем, путем соответствующих словесных внушений усыпивший может направленно растормаживать значительные районы коры мозга и таким путем расширять возможности корковой деятельности усыпленного.

ГЛАВА VI

АНАЛИЗАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ

Тончайший анализ есть основная функция высшей части нервной системы.

И. П. Павлов

Прежде всего важно выяснить характер деятельности анализаторов в состоянии внушенного сна без каких бы то ни было специальных внушений. Как показали исследования, произведенные еще Бредом (1845), Льебо (Liébeault, 1862) и Делкеном (Delken), во время внушенного сна деятельность рецепторных органов несколько притупляется, причем чем глубже этот сон, тем больше ослабевает как рецепторная деятельность, так и способность к восприятию[1]. С точки зрения «настоящей физиологии» головного мозга именно так и должно быть, если рассматривать внушенный сон как тормозное состояние ряда участков коры мозга.

Детальное исследование кожного анализатора было проведено Е. С. Катковым (1941), который использовал электрокожные раздражения; он установил, что с углублением внушенного сна происходит понижение кожной болевой чувствительности. Причем начальные признаки гипалгезии отмечаются уже при наличии выраженной сонливости (первая стадия внушенного сна), Явления аналгезии ярко выступают во второй стадии, для которой они особенно характерны. Вместе с тем, если кожная аналгезия появилась, то она легко может быть усилена соответствующим словесным внушением. Наличие кожной аналгезии, возникающей в глубоком внушенном сне, подтверждено также экспериментальными исследованиями А. И. Картамышева (1942).

Исследование влияния словесного внушения на функциональное состояние анализаторов имеет особенно важное значение в связи с использованием слова как болеутоляющего фактора для подавления обостряющейся при известных условиях болевой чувствительности. Однако самая возможность обезболивания путем словесного воздействия требует объективных доказательств, так как наличие в этом случае аналгезии до сих пор еще многими авторами берется под сомнение. Так, с точки зрения психологов-субъективистов, нарушения в чувствительной сфере, вызываемые путем словесного внушения, носят «воображаемый» характер (Левенфельд, 1913; Кронфельд, 1927).

Конечно, это может быть доказано только путем физиологического эксперимента, бесспорно подтверждающего наличие действительного

[1] Цит. по А. Моллю (1912).

эффекта обезболивания или же, наоборот, устанавливающего факт симуляции этого состояния. Многочисленные клинические наблюдения убеждают, что такое воздействие может иметь место, хотя экспериментальных исследований по этому вопросу еще очень мало.

В русской литературе начало их положено работой В. М. Бехтерева и В. М. Нарбута (1902), в которой объективным признаком внушенной

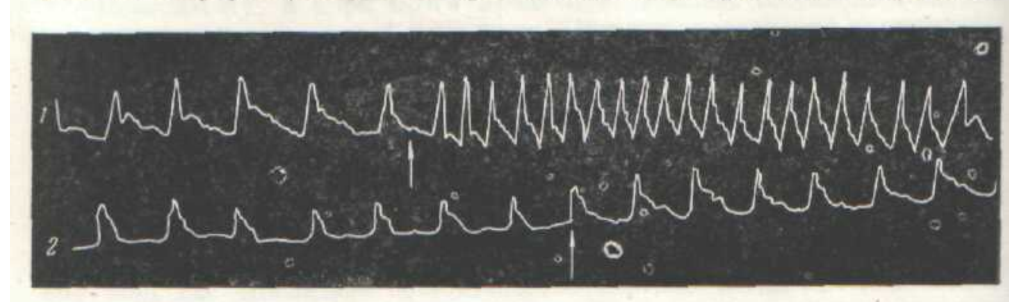


Рис. 30. Изменение пульса при болевом раздражении.

1 — укол булавкой в состоянии бодрствования; 2 — укол во внушенном сне после словесного внушения: «Укол безболезнен» (по В. М. Бехтереву и В. М. Нарбуту, 1902).

аналгезии, анестезии и гиперестезии служили реакции со стороны пульса и дыхания. Под наблюдением находилось 10 человек; раздражителем служил фарадический ток от санного аппарата Дюбуа-Реймона, сила которого при всех исследованиях оставалась одной и той же, а также уколы, нано-



Рис. 31. Реакция дыхания во внушенном сне на болевые раздражения после различных словесных внушений. Стрелки обозначают укол булавкой.

симые булавкой. При внушении аналгезии и в состоянии бодрствования, и во внушенном сне реакции на наносимые раздражения со стороны как пульса, так и дыхания в большинстве случаев совершенно отсутствовали; в меньшинстве же случаев были слабыми. Это наблюдалось при нанесении сильных уколов, а также при использовании сильных фарадических токов. При внушении гипералгезии пульсовая кривая претерпевала резкие колебания — амплитуда то увеличивалась, то, наоборот, подъем кривой почти полностью отсутствовал.

Приводим одну из сфигмограмм с ярко выраженной реакцией со стороны пульса на раздражение уколом в бодрствующем состоянии и с почти полным отсутствием реакции на то же раздражение во внушенном сне при внушенной аналгезии (рис. 30).

Обращаясь к нашим исследованиям, приведем данные, касающиеся двух здоровых лиц. Раздражителями служили уколы, наносимые булавкой, и фарадический ток, сила которого определялась расстоянием между катушками санного аппарата Дюбуа-Реймона (с аккумулятором в первич-

ной цепи в 1 V). Критерием болевых восприятий служило состояние дыхания исследуемых.

Полученные нами данные свидетельствовали об отсутствии при внушенной аналгезии реакции на укол (рис. 31 и 32) и на фарадический ток максимальной силы, совершенно не выносившийся исследуемым лицом в период бодрствования при нормальной чувствительности кожи (рис. 33).



Рис. 32. Реакция дыхания на укол булавкой в состоянии бодрствования до и после словесного внушения: «Боли нет!».

Заметим, фарадический ток во время исследования непрерывно усиливался (путем постепенного сближения катушек до нуля). В бодрствующем состоянии электрические раздражения значительной силы исследуемые выдерживали с большим трудом.

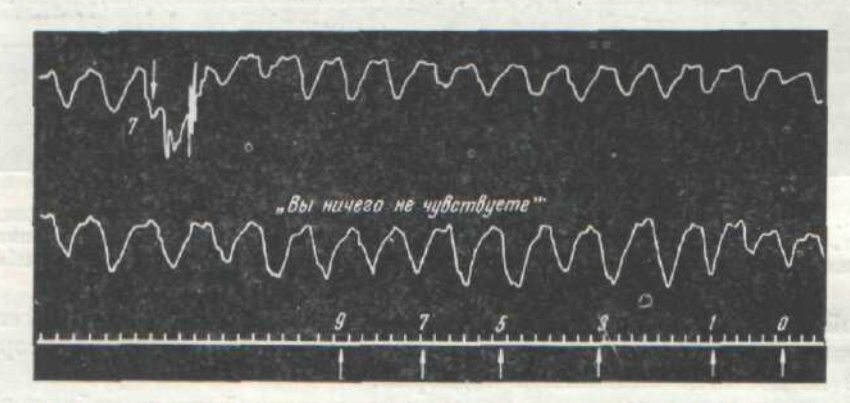


Рис. 33. Реакция дыхания на болевые раздражения во внушенном сне. После словесного внушения: «Вы ничего не чувствуете!» раздражение не вызывало изменения дыхания. Стрелки обозначают раздражение фарадическим током, цифры — расстояние обмоток индуктория в сантиметрах.

Отметим, что, наряду с отсутствием дыхательной реакции, у наблюдаемых совершенно отсутствовали также какие бы то ни было внешние проявления эмоциональной реакции (рис. 34 и 35). Вместе с тем при исследованиях, проведенных в бодрствующем состоянии, мы руководствовались также словесным отчетом наблюдаемых (см. исследования с внушенной аналгезией, приведенные в конце первой главы, где показателем отсутствия боли служило состояние пульса, изображенного на рис. 2 и 3; на этих же кривых отражены и пульсовые реакции на внушенное ощущение боли при мнимо нанесенном уколе).

Аналогичные результаты получены В. И. Здравомысловым (1938), а также Я. Л. Шрайбером (1948) при изучении вопроса о соотношении корковых и субкортикальных реакций.

Показательны исследования Ю. А. Поворинского (1949), пользовавшегося методом плетизмографии и кожно-гальванического рефлекса и установившего реальность внушенных кожных анестезий и гиперестезий. По его данным, незначительные электрокожные раздражения, не дававшие ранее сосудистых и кожно-гальванических реакций, после внушения повышенной чувствительности к ним стали вызывать резко выраженные реакции. Наоборот, болевые (электрокожные) раздражения, обычно дававшие

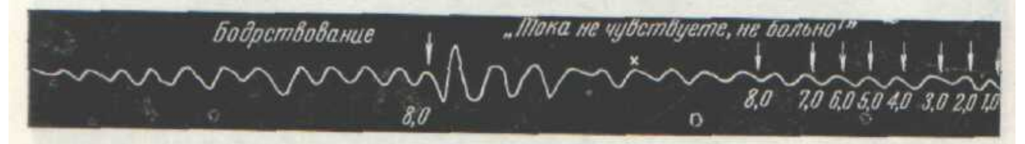


Рис. 34. Реакция дыхания на болевое раздражение в состоянии бодрствования и после внушенной аналгезии. Стрелки обозначают раздражение фарадическим током, цифры — расстояние катушек индуктория в сантиметрах.

резкую реакцию, после словесного внушения об отсутствии чувствительности к ним совершенно не вызывали никакой реакции.

Таким путем была подтверждена возможность устранения словесным внушением действительно имеющихся болевых ощущений, так же как и внушения этим путем «ощущения боли», без нанесения соответствующего физического раздражения. Однако, как показали наблюдения, при вну-



Рис. 35. Реакция дыхания при словесном внушении действия несуществующего раздражителя. Внушение: «Вы ощущаете сильный ток!» вызывает изменение дыхания, а также мимическую и речевую реакцию у исследуемого: «Больно, больно мне!».

шенной аналгезии вегетативные реакции отсутствовали далеко не всегда. Наличие этих реакций, повидимому, говорило о том, что сонное торможение не достигло ближайшей подкорки.

Остановимся на давно известном из повседневной жизни наблюдении, когда одно появление врача (или приближение больного к его приемной) у многих больных влечет за собой успокоение, а иногда даже полное прекращение болей. Так, нам приходилось наблюдать, что беременные, подготовленные к безболезненным родам соответствующим словесным внушением во внушенном сне, обычно не испытывали никаких болей в присутствии подготовлявшего их врача. В отдельных случаях выход врача в соседнюю комнату тотчас же приводил к возобновлению болезненных ощущений, о чем можно было судить по резко изменившемуся поведению роженицы (наблюдения Р. Н. Шлифер, З. А. Копиль-Левиной и И. Т. Цветкова, а также наши).

Для объективного доказательства этого влияния в 1928 г. нами было проведено специальное исследование, в котором мы исходили из тех соображений, что условная болевая реакция вырабатывалась у больного не только на соответствующее содержание слов врача, но и на его вид, движения и т. д.

Во внушенном сне наблюдаемой была дана словесная инструкция: «В присутствии д-ра Ц. электрического тока вы не ощущаете, в отсутствии

его ток чувствуете». После пробуждения наблюдаемой в отсутствие д-ра Ц. произведена проба при расстоянии катушек санного аппарата в 8 см; получилась четкая реакция на мгновенное замыкание (рис. 36). Затем, когда в присутствии д-ра Ц. фарадический ток был замкнут, то он, как видно на кривой, не вызвал со стороны дыхания никакой реакции. Ее не было, пока присутствовал д-р Ц. Но стоило ему уйти на несколько секунд в соседнюю комнату, как тотчас же появлялась как дыхательная, так и общая реакция с возгласом «Больно!». Исследование было повторено трижды с тем же постоянным эффектом. Затем было проведено то же исследо-

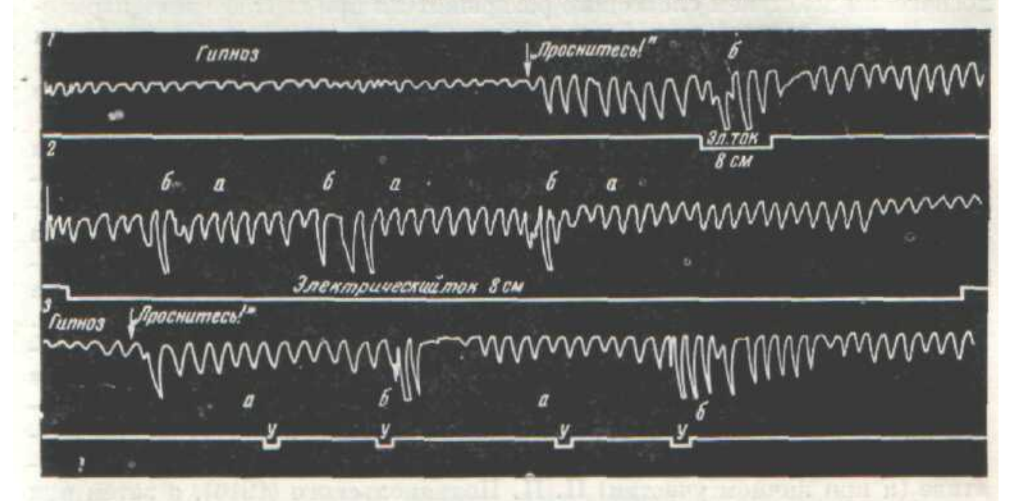


Рис. 36. Реакция дыхания на электрический ток и звук, ощущение которых с помощью словесного внушения поставлено в зависимость от наличия другого раздражителя.
1 и 2 — в гипнозе внушено: «В присутствии Ц. электрический ток не чувствуете, а при его отсутствии ток чувствуете!»; *3 — в гипнозе внушено: «В присутствии Д. вы не слышите!».*
а — присутствие постороннего лица; *б* — его отсутствие; *у* — удар молотком по железному листу. Цифры обозначают расстояние обмоток индуктория.

вание, но с образованием отрицательной реакции на звуковой раздражитель: наблюдаемой внушалось, что в присутствии лаборанта Д. она не слышит удара молотком по железному листу, в отсутствие же его — слышит удар (нижняя кривая). Как можно видеть из кривых, внушение реализовалось полностью.

Данные наших исследований могут служить доказательством изменений, действительно возникавших в деятельности анализаторов при соответствующих словесных внушениях.

Каковы же механизмы изменения реакции исследуемого на болевые раздражения, идущие к коре головного мозга как с периферии, так и от внутренних органов?

Ответ на этот вопрос мы находим в работах А. Т. Пшоника (1952) из лаборатории К. М. Быкова, в которых объективным критерием служили сосудистые реакции (плетизмограммы), а условными раздражителями — словесные внушения и различные раздражители первой сигнальной системы. Как показали исследования, окончательное формирование болевых ощущений происходит не в зрительном бугре, как считалось до сих пор, а в коре головного мозга.

Эти исследования показали, что роль коры мозга в формировании болевого *восприятия не ограничивается одним лишь образованием временных* связей и анализом импульсов, поступающих с периферии. Кора мозга, как подчеркивает К. М. Быков (1947а), «как бы организует периферию»,

направляя и настраивая ее на определенные уровни деятельности, и даже «часто навязывая периферии свои закономерности». К. М. Быков считает, что «наряду со способностью превратить подболевое ощущение в болевое, кора обладает также способностью угнетать, аннулировать боль, превращая болевые ощущения в подболевые». Все это относится не только к болевым раздражениям, но и к другим видам раздражения кожи. Последнее, по А. Т. Пшонику, доказывается превращением с помощью условного раздражителя безусловных болевых импульсов в безболевые (и наоборот), доминированием условных раздражителей над безусловными, физиологическим действием словесного раздражителя при выключенной периферии. В свете изложенных фактов раскрывается сущность «психогенных болей» и психогенного фактора многих часто встречающихся заболеваний. Таким образом, мы видим, что «терапевтическая роль коры в утолении боли громадна» (К. М. Быков, 1947а).

Аналогичные данные в отношении болевой чувствительности были получены Р. А. Фельбербаумом (1950) в лаборатории К. М. Быкова, показавшим возможность выработки условного сосудистого рефлекса на болевой раздражитель, а также изменения данного сосудистого рефлекса (и интенсивности ощущения боли) при изменении функционального состояния коры больших полушарий, возникавшем при воздействии на нее брома или фенамина, при ломке имевшегося в ней динамического стереотипа и пр.

Этими фактами научно обосновывается методика обезболивания с помощью внушения словом, используемая за последние годы не только при малых, но и при больших хирургических операциях. Как известно, первые хирургические операции, проведенные при одном лишь словесном внушении обезболивания, в нашем отечестве были осуществлены по инициативе (и при личном участии) П. П. Подъяпольского (1916), а затем при участии нашем (1924) и И. З. Вельвовского (1924). Вместе с тем получает свое обоснование также возможность обезболивания словесным внушением в гипнотическом сне не только нормального родового акта, но и патологических родов и послеродовых хирургических вмешательств, причем, как показывает опыт, достигается полная безболезненность.

Нужно сказать, что снятие болевых ощущений путем внушения возможно не только при хирургических вмешательствах или родах. По нашим наблюдениям, болевые ощущения могут быть устранены при разных соматических страданиях непсихогенного характера, особенно в тех случаях, когда легко и быстро вызывается гипнотическое состояние. Так, мы с успехом купировали болезненные желудочные кризы у больного спинной сухоткой, снимали боли у страдавших раком и т. д.

В последние годы Н. П. Татаренко (1952) выдвинула концепцию о корковом субстрате фантомных болей у больных с ампутацией, получающую свое подтверждение в успешном устранении этих болей как при медикаментозной терапии сном (С. Д. Каминский и Н. Д. Шевченко, 1949), так и при внушении словом в гипнотическом сне, проводившимся П. П. Подъяпольским (1916), К. И. Платоновым (1925), В. М. Кисловым (1929) и С. Д. Шварцманом (1946). В свете работ А. Т. Пшоника эта концепция также получает научное обоснование.

Для иллюстрации приведем одно наше наблюдение (1925).

У больной Р., 62 лет, 5 месяцев назад была ампутирована правая рука (по поводу злокачественного новообразования, причинявшего жестокие боли). Однако ощущение отсутствующей конечности и мучительные боли оставались в прежней степени, причем применение наркотиков не давало эффекта. Больная страдала от болей и от бессонницы. Примененная нашим сотрудником Р. Я. Шлифер гипносуггестивная терапия (12 сеансов) ликвидировала боли, а вместе с ними устранила и расстройство сна.

Приведенные выше данные показывают, что во внушенном сне деятельность звукового анализатора вне зоны раппорта затормаживается, отвечая на первосигнальные звуковые раздражения значительно слабее, чем в условиях бодрствования или более поверхностного внушенного сна, и совершенно не реагируя на них в глубоком внушенном сне (см. рис. 8 и 9).

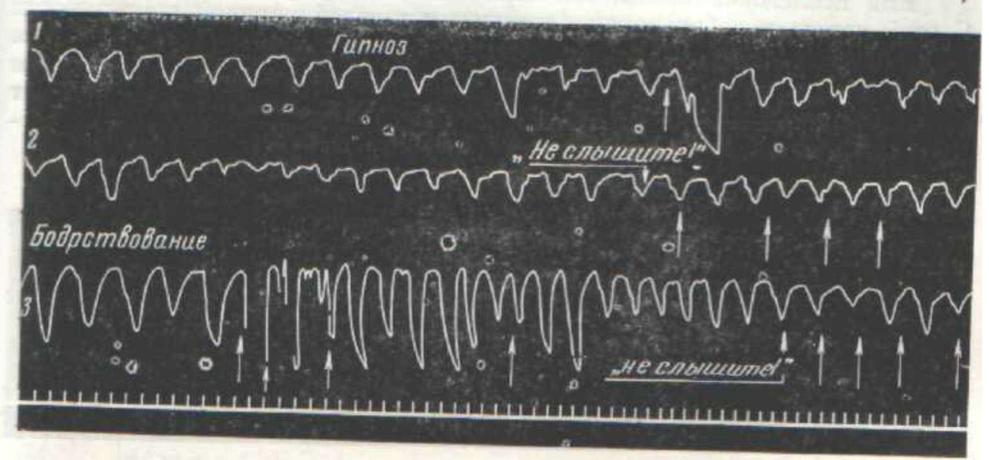


Рис. 37. Реакция дыхания на звуковой раздражитель до и после словесного внушения: «Вы не слышите!».

1 и 2 — в гипнозе; 3 — в состоянии бодрствования. Стрелки обозначают удары в ладоши.

Вместе с тем известно, что словесным внушением соответствующего содержания можно вызвать полное прекращение восприятия звуковых раздражений. Так, исследования В. В. Срезневского (1917) показали, что

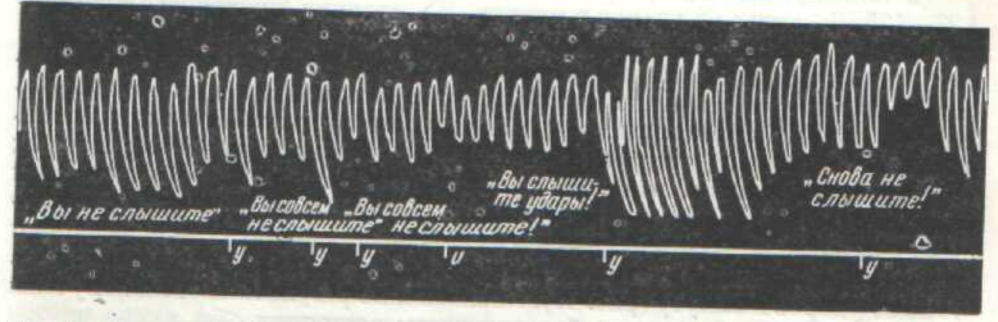


Рис. 38. Реакция дыхания на звуковой раздражитель в состоянии бодрствования после словесного внушения: «Вы не слышите!» и «Вы слышите удары!». *у* — удары молотка по железному листу.

при внушенной глухоте выстрел из револьвера, произведенный над самым ухом исследуемого, не вызывал с его стороны дыхательной реакции, тогда как без этого внушения реакция оказывалась весьма бурной.

В наших исследованиях, касающихся угнетения словесным воздействием деятельности звукового анализатора, мы учитывали реакции со стороны дыхания и кровяного давления. При этом, как видно из рис. 37, громкие удары в ладоши над самым ухом усыпленного вызывали дыхательную реакцию, но он не пробуждался (верхняя кривая). После соответствующего внушения: «Вы не слышите!» этой реакции на те же удары, следовавшие друг за другом, уже не было (средняя кривая). Тот же раздражи-

тель в состоянии бодрствования вызвал довольно бурную реакцию (нижняя кривая). Картина реализации императивного словесного внушения глухоты, сделанного в бодрствующем состоянии исследуемого, представлена на рис. 38, где раздражителем служил удар молотком по железному листу.

Ряд *исследований был поставлен по методу условных рефлексов.* С этой целью в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности Харьковского педагогического института (зав. Е. С. Катков) после одного сочетания действия звонка и электрического тока был выработан стойкий дыхательный условный рефлекс на звук звонка. Как показывает кривая, после внушения глухоты (в бодрствующем состоянии) этот рефлекс исчезал (рис. 39) (исследования проведены нами в 1929 г.).

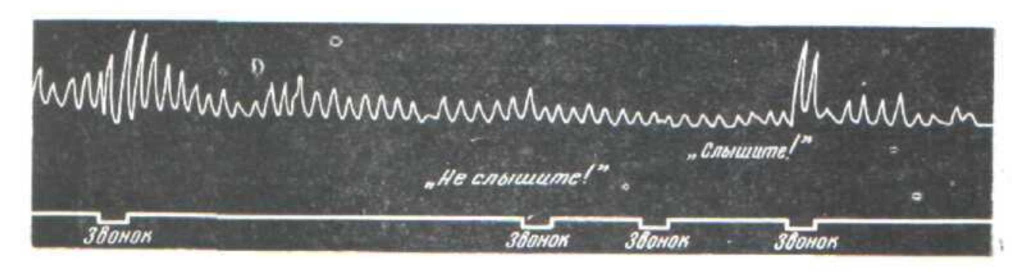


Рис. 39. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на звук словесного внушения: «Не слышите!» и «Слышите!».

В аналогичных исследованиях, проведенных в 1929 г. А. М. Цынкиным совместно с К. К. Платоновым, также регистрировался пульс и артериальное давление.

У исследуемого Д. артериальное давление в бодрствующем состоянии 123—125 мм, пульс 68 ударов в минуту. В состоянии внушенного сна артериальное давление 116—115 мм, пульс 60 ударов в минуту. Беспорядочное битье по всем клавишам рояля, произведенное во время внушенного сна и длившееся в течение одной минуты, вызвало сдвиг артериального давления до 126 мм, а пульса — до 70 ударов в минуту. После сделанного (в том же состоянии) внушения: «Вы не слышите!» тот же беспорядочный музыкальный шум не вызывал реакции ни со стороны пульса, ни со стороны давления. Наконец, тот же звуковой раздражитель после словесного внушения о полном восстановлении слуха снова вызвал ту же реакцию: *артериальное давление повысилось со 116 до 127 мм, а пульс участился с* 60 до 80 ударов в минуту (рис. 40). Аналогичные результаты были получены у этой исследуемой также в бодрствующем состоянии.

И. М. Невский и С. Л. Левин (1932, лаборатория Н. И. Красногорского), пользуясь условнорефлекторным методом, регистрировали эффекты внушения в гипнотическом сне глухоты: после внушения данному субъекту, что он ничего не слышит, условный рефлекс на звук звонка не появлялся. Таким путем была показана действительная возможность экспериментального воспроизведения внушенной глухоты. Следует отметить, что в свое время такой метод исследования был предложен В. М. Бехтеревым (1912б) для обнаружения симуляции глухоты, причем реальность внушенной глухоты проверялась методами плетизмографии и кожно-гальванического рефлекса.

По данным Ф. П. Майорова, И. И. Короткина и М. И. Сусловой (1951), словесное внушение глухоты, производимое в сомнамбулической фазе внушенного сна усыпленного, вело к исчезновению выработанных на звуковой

раздражитель условных рефлексов и к уменьшению безусловных (мигательных) рефлексов, что указывало на полное торможение связи со звуковым анализатором.

Приведенные выше данные говорят о том, что внушенную глухоту нельзя считать «воображаемой», как это утверждали Левенфельд и другие зарубежные авторы. В результате внушения словом происходит реальное подавление функций соответствующих отделов не только коры мозга, но

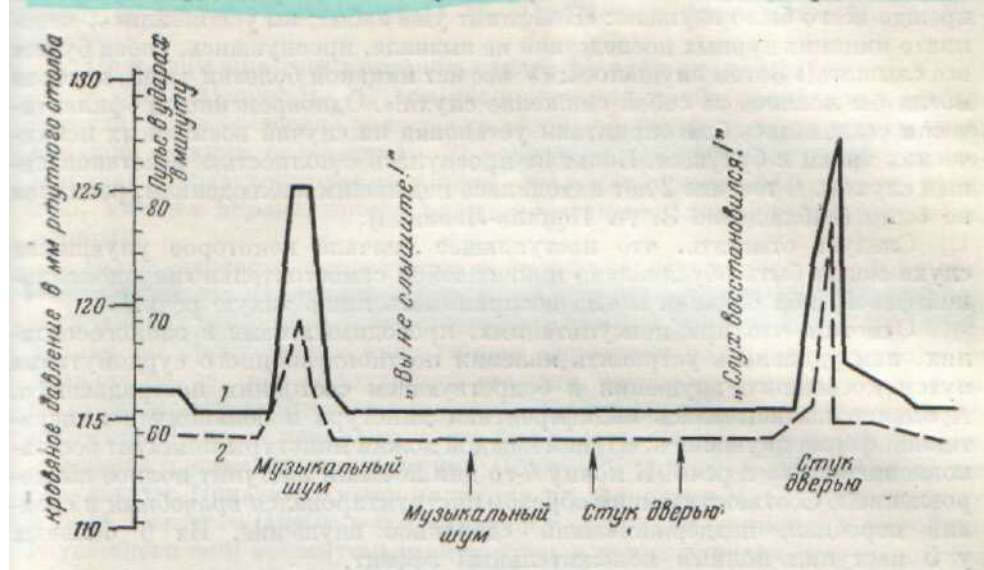


Рис. 40. Реакция кровяного давления (1) и пульса (2) на звуковые раздражители во внушенном сне после словесного внушения: «Вы не слышите!» и «Слух восстановился!».

и подкорковой области, так как не возникает реакции ни со стороны пульса, ни со стороны артериального давления. Таким образом, здесь экспериментальным путем в известной мере воспроизводится аналог синдрома психогенной истерической глухоты.

Приводим пример из нашей диспансерной практики, интересный не только по эффекту словесного внушающего воздействия, но и по его методике.

Больная З., 21 года, кассирша, обратилась с жалобами на внезапно возникшую 5 дней назад полную потерю слуха на оба уха. По словам мужа, потеря слуха была связана с конфликтом из-за недоплаченной ей покупателем небольшой суммы денег, причем к вечеру того же дня больная отметила снижение слуха, а затем и полную двустороннюю глухоту. Четыре дня спустя без всякой видимой причины наступило некоторое облегчение: больная стала различать тихую речь; громкую же речь (по словам ее мужа) не воспринимала. Однако вскоре у больной вновь возникла полная двусторонняя глухота. Ничего подобного раньше у нее никогда не бывало, ушными болезнями не страдала, слух всегда был хорошим. По своему характеру больная мнительна, мало общительна, всегда боялась конфликтов и их избегала. Повидимому, она относится к слабому общему типу нервной деятельности и художественному частному.

Для успокоения больной было написано на листе бумаги и предложено ей прочесть следующее: «Болезнь не опасна и слух скоро возвратится полностью. Нужно только, чтобы мы делали поглаживания рукой по Вашему

лбу, что будет Вас усыплять!» Во время этих поглаживаний больная начала постепенно засыпать, дыхание выравнялось. После этого ей начали делать легкие уколы булавкой в области одной из ушных раковин, т. е. была предпринята попытка растормаживания таким путем слуховой зоны коры.

Одновременно производилось внушение, сначала шепотом, потом тихим голосом с постепенным переходом к голосу средней силы, причем прежде всего было внушено: «Конфликт уже забыт; вы успокоились, недоплата никаких дурных последствий не вызвала, проснувшись, снова будете все слышать!» Затем внушалось: «У вас нет никакой болезни ушей, которая могла бы повлечь за собой снижение слуха!». Одновременно профилактически создавалась благоприятная установка на случай возможных психических травм в будущем. Больная проснулась с полностью восстановленным слухом. В течение 2 лет находилась под нашим наблюдением, рецидива не было (наблюдение З. А. Копиль-Левиной).

Следует отметить, что наступившее вначале некоторое улучшение слуха могло быть обусловлено появившейся самостоятельно парадоксальной фазой, ибо больная могла воспринимать лишь тихую речь.

Отметим, что при консультациях, проводимых нами в эвакогоспиталях, нам удавалось устранять явления постконтузионного сурдомутизма путем косвенного внушения в бодрствующем состоянии пострадавшего. А именно выписывалась индиферентная микстура и больному в императивной форме внушалось: «Прием каждой ложки микстуры помогает восстановлению слуха и речи! К концу 4-го дня лечения наступит полное выздоровление!». Соответствующим образом инструктировался врачебный и средний персонал, поддерживавший сделанное внушение. Из 6 больных у 5 наступил полный положительный эффект.

Отметим, что словесное воздействие может оказывать свое влияние также и на деятельность в е с т и б у л я р н о г о аппарата. Исследования, проведенные нами совместно с отиатром Я. А. Гальпериным, свидетельствуют, что и в этой области могут быть получены теоретически и практически важные данные [1].

Приводим некоторые из этих исследований.

1. В бодрствующем состоянии исследуемой Ш. произведено промывание слухового прохода левого уха 500 мл воды температуры 14°, что вызывало у нее с трудом сдерживаемые общие защитные движения и ясно выраженную вегетативную реакцию: побледнение, общую слабость, учащение пульса, тошноту, позывы на рвоту, а также расстройство статики. После манипуляции исследуемая Ш. почувствовала себя настолько плохо, что ее пришлось уложить. Внушением: «Все прошло; вы снова чувствуете себя хорошо!», сделанным в одноминутном внушенном сне, весь симптомокомплекс был устранен. По пробуждении Ш. вновь стала чувствовать себя хорошо, как и до исследования.

Через несколько минут после этого она снова была усыплена, причем во внушенном сне ей было внушено чувство онемения левого наружного, среднего и внутреннего уха: «*В левом ухе все онемело, как снаружи, так и в глубине, вы ничего не ощущаете!*». При промывании левого уха в условиях внушенного сна такой же порцией воды той же температуры исследуемая Ш. оставалась совершенно неподвижной, продолжая спокойно сидя спать, без каких бы то ни было вегетативных реакций. Одинаковый эффект получился при исследовании в бодрствующем состоянии после

[1] Исследования были проведены в Украинском психоневрологическом институте в 1928 г.

такого же словесного внушения, предварительно сделанного во внушенном сне. После пробуждения исследуемая Ш. потеряла слух на левое ухо, что произошло без специальной в отношении слуха речевой инструкции. Соответствующим одноразовым внушением слух был восстановлен. Это послужило добавочным доказательством коркового происхождения образовавшегося вестибулярного синдрома.

Аналогичный результат был получен у двух других лиц (исследование совместно с отиатром О. И. Марконом и физиологом М. Л. Линецким).

Приводим краткий протокол одного из этих исследований.

2. Исследуемая Ч., 62 лет. Калорическая проба проводилась на левом ухе: 1) на орошение левого уха водой, нагретой до температуры тела, никакой реакции не возникло; 2) холодовая калорическая проба, произведенная в бодрствующем состоянии, повлекла яркую аффективную реакцию, нистагм вправо, промах влево, побледнение лица, головокружение, тошноту.

После перевода исследуемой в состояние внушенного сна было сделано внушение: «По пробуждении у вас возникает нечувствительность левого ушного аппарата — внешнего, среднего и внутреннего!» Произведенная по пробуждении аналогичная холодовая калорическая проба не вызвала какой-либо аффективной реакции, нистагма и промаха также не было. У исследуемой отмечена глухота на левое ухо и аналгезия в окружности левой ушной раковины. Слух был восстановлен с помощью противоположной словесной инструкции. Повторное исследование дало те же результаты. Показательными являются исследования М. С. Медведовского и И. М. Невского (1940): в бодрствующем состоянии (а иногда в состоянии внушенного сна) исследуемым внушалось в одних случаях, что вращается комната, в которой они находятся, а в других, что вращается кресло, в котором исследуемый сидит. И в том, и в другом случае у исследуемых наблюдался как корковый, так и мозжечковый нистагм, что свидетельствовало о наличии функциональной связи вестибулярного аппарата с корой мозга.

Аналогичны данные Бауэра и Шильдера (Bauer и Schilder, 1927): наблюдаемой, находящейся во внушенном сне, делалось словесное внушение: «Ваше тело проделывает во вращающемся кресле, на котором вы сидите, вращение вокруг своей оси!», причем указывалось направление вращения. В ответ на это у исследуемой возникал симптом отклонения указательного пальца такой же точно, как и после действительного вращения в ту же сторону[1].

Весьма важно обратить внимание на возможность возникновения стойких психогенных реакций со стороны вестибулярного анализатора, что нередко недооценивается как отиатрами, так и невропатологами. Яркой иллюстрацией этого является положительный результат психотерапии (в ряде случаев) тяжелой и затяжной формы синдрома Меньера, на длительный период времени полностью или частично лишавшей больных работоспособности.

1. Больной Л., 42 лет, обратился с жалобами на ежедневные приступы тяжелых головокружений, сопровождающиеся рвотой и резким гипергидрозом, и на резкий шум в ушах. Не может смотреть на движущиеся предметы, на правое ухо не слышит, тяжелое угнетенное состояние, постоянная боязнь приступов. Болен более $1^1/_2$ лет, причем нарастает снижение работоспособности.

---

[1] Эти данные нами заимствованы из статьи Н. П. Тимофеева в журнале «Невропатология и психиатрия», 1936, в. 11.

После 3-го сеанса словесного внушения (во внушенном дремотном состоянии больного) наступило резкое улучшение, после 6-го — больной приступил к занятиям, после 10-го — шум в ушах исчез и больной начал слышать на правое ухо. Всего было проведено 20 сеансов, полностью восстановивших работоспособность и окончательно устранивших боязнь приступов. Положительный катамнез в течение 10 лет; работает с полной нагрузкой. Ряд легких приступов, возникавших в связи с гриппозной интоксикацией и после резкого переутомления, не снижал общего уровня работоспособности (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Больной Б., 54 лет, синдром Меньера 25-летней давности, резко усилившийся и участившийся за последние 3 года. Приступы головокружений со рвотой и потливостью часто идут сериями, один за другим, причем в этих случаях вынужден лежать в постели. Жалобы на мучительный

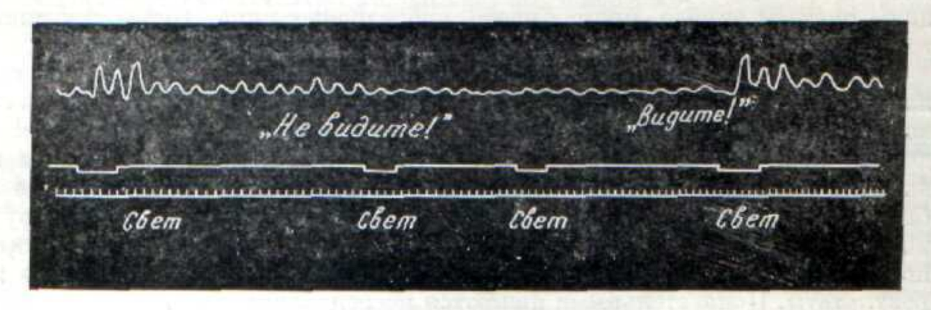


Рис. 41. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на свет, словесного внушения: «Вы не видите!» и «Вы видите!».

шум в левом ухе, особенно в тишине. На левое ухо не слышит с 1925 г. В 1950 г. после тяжелого приступа на улице (во время которого едва не попал под трамвай) появилась боязнь ходить одному. Снизилась работоспособность, тяжелое сознание бесперспективности лечения. В анамнезе ряд психических травм и тяжелых переживаний.

Систематически проводившиеся сеансы внушения словом во внушенной дремоте резко улучшили общее состояние больного, устранили страх приступов. После 30 сеансов приступы прекратились, шум в ухе резко ослабел, слух в левом ухе восстановился, хотя отиатры считали его потерянным. В настоящее время работает с большой нагрузкой; пользуется всеми видами транспорта, что в течение ряда лет фактически было для него недоступным (наблюдение Е. С. Каткова).

Нужно подчеркнуть, что оба случая невропатологами и отиатрами толковались как вазопатия, связанная с артериосклерозом.

3. На этот раз речь идет об остром, психогенно развившемся тяжелом синдроме Меньера у обратившейся к нам женщины 42 лет. Диагноз невропатолога «энцефалит». Больная вынуждена неподвижно лежать, поворот головы вправо вызывает головокружение и сильную тошноту, при попытке принять сидячее положение наступает головокружение, тошнота и рвота, общая слабость. На 3-й день после психической травмы нами применено словесное внушение во внушенном сне, сеансы которого в последующем проводились ежедневно в течение 5 дней. После первого же сеанса больная могла сидеть спокойно, после второго стала вставать и с осторожностью ходить, после последующих трех постепенно восстановилось общее благополучие. Наблюдение велось в течение 3 лет; рецидива не было.

Применение словесного внушения дает возможность бороться с морской болезнью как в случае морского плавания, так и в других аналогичных условиях, например, при езде в автобусах, при авиаполетах и т. п.

Для объективного доказательства изменения **деятельности зрительного анализатора** под влиянием того или иного внушения мы также воспользовались методом условных рефлексов.

У наблюдаемой Ш. был выработан дыхательный условный рефлекс на свет. Этот рефлекс, так же как и звуковой, образовался быстро и прочно: уже после одного сочетания вспышки света электрической лампы с электрическим током возникла дыхательная реакция на вспышку света. Когда рефлекс достаточно упрочился, было сделано словесное внушение: «Вы потеряли зрение, не видите!», после этого реакция на световое раздражение уже не получалась (рис. 41). Таким образом, в данном случае, как и в случаях со слуховыми раздражениями, метод условных рефлексов дает объективное доказательство изменений в состоянии зрительного анализатора.

Данные ряда аналогичных исследований указывают на реальную возможность возникновения функциональной глухоты и слепоты, нередко принимаемых клиницистами за органическое. Следует сказать, что нам неоднократно приходилось наблюдать годами длившийся реактивный амавроз, трактовавшийся офталмологами как ретробульбарный неврит. Поэтому больным в течение многих лет не делалась необходимая патогенетическая терапия, направленная на устранение психической травмы, которая вызвала амавротическую реакцию, причем применение того или иного приема психотерапии обычно в весьма короткий срок (часто в один-два сеанса) полностью возвращало зрение к норме.

1. Больная Б. страдала в течение 4 лет левосторонним амаврозом, трактовавшимся офталмологической клиникой как симптом ретробульбарного неврита. Установленное нами наличие психической травмы дало возможность устранить этот амавроз путем однократного сеанса гипносуггестивной терапии, причем стойкость наступившего эффекта была прослежена на протяжении последующего четырехлетнего наблюдения.

2. Укажем также на другой случай глубокого и стойкого расстройства зрения. Больная с диагнозом «ретробульбарный неврит» направлена офталмологической клиникой в Украинский психоневрологический институт. Исходя из анамнестических данных, одному из наших сотрудников (Р. Я. Шлифер) удалось выявить психическую травму, явившуюся причиной не поддававшегося обычному лечению 8-летнего расстройства зрения (острота зрения 0,1). Проводившаяся им психотерапия (ежедневные словесные внушения, делавшиеся в дремотном состоянии больной) улучшала остроту зрения ежедневно на 0,1—0,2. Через неделю после начала лечения больная была выписана и уехала домой с остротой зрения 0,9, сохраняя его на этом уровне в течение последующего 8-летнего наблюдения.

Переходим к вопросу о возможности влияния путем внушения (а тем самым и самовнушения) **на цветное зрение**, т. е. на восприятие цветов и на цветоразличение. При работе в промышленности или на транспорте, связанной с цветовой сигнализацией, это получает немаловажное практическое значение.

По вопросу о возможности **психогенного** расстройства цветоощущения нет полной определенности. В литературе имеются прямо противоположные суждения, причем одни авторы признают такую возможность, в то время как другие ее отрицают.

Известную ясность в этот вопрос может внести гипносуггестивный эксперимент. Так, Н. Е. Введенский еще в 1911—1913 гг. в своих лекциях указывал на возможность вызывания внушением в гипнотическом сне явления цветовой слепоты. При этом он отмечал, что под влиянием соответствующего внушения исследуемые переставали различать красную

и зеленую части спектра, и на вопрос, какого цвета даваемые им куски красной и зеленой материи, отвечали, что они желтоватого цвета. Таким образом, здесь, как говорит Н. Е. Введенский, «искусственно вызывалось явление, известное под именем дальтонизма». Однако объективных доказательств внушения ахроматопсии не было.

Наиболее доказательными могут быть исследования с помощью полихроматических таблиц Ишихара или Рабкина (со скрытыми цифрами разного цвета). Как известно, применение этих таблиц не только дает возможность отличить лиц с расстройством цветового зрения от нормальных «трихроматов», но и установить симуляцию и диссимуляцию.

Исследованиями нашего сотрудника М. Д. Трутеня, проведенными в 1941 г. совместно с офталмологом Ф. Ф. Марморштейн, с помощью этих таблиц у 42 исследуемых была показана возможность осуществления путем внушения во внушенном сне частичной ахроматопсии (на красный и зеленый цвета).

Идентичность разультатов этих исследований (проведенных с помощью как таблиц Рабкина, так и таблиц Ишихара) достигает 80,4%. Приведем для примера одно из их наблюдений.

Больная Б., 42 лет, нормальный трихромат. До гипнотического внушения хорошо прочитывала на ряде таблиц скрытые красные цифры и фигуры. После соответствующего внушения, сделанного во внушенном сне, она не смогла прочесть ни одной из «красных» цифр на 1, 2, 3, 6, 7, 12 и 13 таблицах Ишихара и ни одной из скрытых «красных» цифр таблиц Рабкина.

С этими данными согласуются наблюдения Эриксона (Erikson, 1939), касающиеся 6 исследуемых, которым внушалась слепота на красный, зеленый и красный + зеленый цвета.

Все это лишний раз подтверждает положение школы И. П. Павлова о наличии в коре мозга цветового анализатора.

Ограничимся приведенными данными и примерами, указывающими на возможность психогенеза некоторых расстройств зрения, что требует применения соответствующего терапевтического подхода. То же нужно сказать и о расстройствах слуха, реактивное выпадение которого, хорошо известное психоневрологам, также не всегда учитывается отиатрами.

Как отмечает И. П. Павлов (1951а), «тончайшие элементы и моменты скелетно-мышечной деятельности являются такими же раздражениями, как и раздражения, идущие от внешних рецепторов»[1], а потому они также вступают во временные связи со всеми другими деятельностями организма. Отсюда мы можем ожидать, что через словесное воздействие возможно влияние на состояние **кинэстезического анализатора**. Таким путем могут возникать психогенные (кортикогенные) нарушения деятельности тех или иных отделов двигательного аппарата.

Объективные доказательства происходящего под влиянием соответствующего словесного воздействия выпадения функций двигательного анализатора были получены С. Л. Левиным (1936).

Наблюдения велись на детях по комбинированной условнорефлекторной секреторно-двигательной методике Н. И. Красногорского. В гипнотическом сне внушалось: «Вы перестали видеть, перестали слышать, перестали чувствовать раздражения вашей кожи!», осуществлялось выключение зрительного, слухового и кожного анализаторов, вследствие чего выработанные ранее секреторные и двигательные условные рефлексы исчезли. Секреция слюны уменьшилась с 25 капель до 0—5 капель,

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 314.

одновременно отсутствовала двигательная реакция. То же имело место и в том случае, когда внушение было направлено на устранение не рецепторных, *а эффекторных функций, т. е. внушался двигательный паралич* конечности.

По данным И. М. Невского (1949), сделанное в гипнотическом сне словесное внушение о наличии паралича верхних конечностей приводит к удлинению хронаксии флексоров этих конечностей в среднем в $2\,^1/_2$ раза по сравнению с ее величиной в том же состоянии внушенного сна, но до указанного словесного воздействия. Это является одним из объективных критериев реализации сделанного внушения.

Сказанное в отношении кинэстезического анализатора может быть иллюстрировано многочисленными клиническими наблюдениями параличей и гиперкинезов.

Приводим некоторые из них, не упоминая о хорошо известных «истерических» параличах движений.

1. Больная К., 23 лет, кондуктор трамвая; в анамнезе имеется указание на падение с трамвая навзничь без ушиба затылка, после чего в тот же день развился тик n. accessorii в форме так называемой салаамовой судороги (беспрестанные кивательные движения головы). Несмотря на лечение, тик не прекращается в течение нескольких недель.

Под воздействием словесного внушения больная заснула быстро и глубоко. Уже во время засыпания насильственные движения стали уменьшаться и во время внушенного сна прекратились совершенно. Сделаны внушения успокоительного и ободряющего характера, забвения происшедшего. Проснулась без кивательных движений: салаамова судорога исчезла и больше не появилась. Таким образом, один сеанс словесного внушения во внушенном сне вызвал стойкое устранение возникшего навязчивого гиперкинеза.

2. У больной Г., 16 лет, типичный хореический синдром. Постельный *режим в течение 8 месяцев и общая укрепляющая терапия не давали* эффекта, вследствие чего мать больной обратилась к нам. Из беседы выяснилось, что за несколько дней до заболевания на руках больной умерла ее сестра, страдавшая менингитом, что произошло в отсутствие матери. Возникло тяжелое переживание с самообвинением в смерти сестры. Больная стала худеть и постепенно развились хореические движения. Через год эти движения приняли ярко выраженный характер. В течение последних 8 месяцев находится в особенно тяжелом состоянии. Обычные методы лечения оказались безрезультатными.

После проведенной с нами беседы больная заявила близким, что ей стало легче: «Профессор сказал мне, что я не виновата в смерти сестры, у нее было тяжелое течение менингита, не поддававшееся лечению». После второй беседы наступило резкое улучшение и через 3 недели, постепенно ослабевая, хореические движения совершенно исчезли. С тех пор девушка здорова, окончила консерваторию, поступила на сцену. Когда через 3 года забеременела, снова появились хореические движения, которые ~~не возникали~~ прекратились после аборта.

У данной больной имела место психическая травма, вызвавшая перенапряжение и срыв высшей нервной деятельности, появившийся преимущественно в области двигательного анализатора, в форме хореического синдрома, т. е. патологической инертности раздражительного процесса, относящегося к мышечной системе. В начале лечения психическая травма не была учтена лечившими больную врачами, вследствие чего лечение оказывалось безрезультатным. Психотерапия в виде двух сеансов анамнестической и разъяснительной беседы, проведенных в бодрствующем состоянии больной, полностью устранила весь патологический синдром.

Таким образом, путем словесного внушения соответствующего содержания оказывается возможным устранять функциональные нарушения деятельности скелетной мускулатуры, возникающие в форме параличей, навязчивых движений, ослабления мышечной силы и пр.

Рече-двигательный анализатор также может быть подвергнут внушающему воздействию слова. Путем соответствующего словесного внушения можно получить психогенные расстройства речи (мутизм), с одной стороны, и устранение этих явлений — с другой



Рис. 42. Реакция дыхания во внушенном сне на словесные внушения: «Хинин во рту!» и «Хинина нет во рту!».

Для иллюстрации приводим примеры из нашей психотерапевтической практики.

Больная П., 57 лет, направлена к нам с заключением: «ЛОРорганы без патологических изменений». На приеме больная мутична и афонична. Плачет, волнуется. Со слов сопровождающего ее мужа, до болезни была впечатлительной, эмоционально-лабильной, покладистой по характеру,

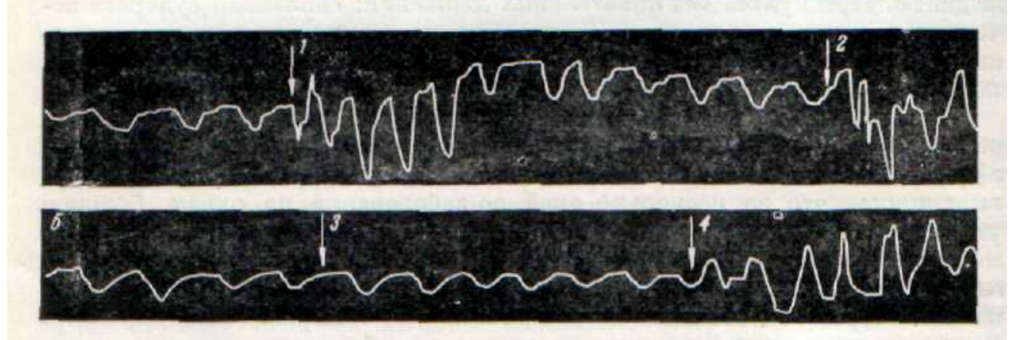


Рис. 43. Влияние словесного внушения на восприятие раздражений обонятельного анализатора во внушенном сне.

а — реакция дыхания на реальное (*1*) и внушенное (*2*) вдыхание нашатырного спирта; *б* — реакция дыхания на реальное вдыхание нашатырного спирта после словесного внушения анестезии (*3*) и чувствительности (*4*).

трудолюбивой, исполнительной. Полтора месяца назад очень остро пережила обиду, ей было сделано в грубой форме незаслуженное замечание. Была угнетена, плакала. Заснув вечером, на утро не проснулась и так продолжала спать в течение 10 суток. За это время вставала (не просыпаясь) только для физиологических отправлений. Когда проснулась, не могла говорить, появилась плаксивость и расстройство сна. Медикаментозное лечение на протяжении месяца не дало эффекта, речь не восстанавливалась.

После письменного опроса больной и обследования ее соматического и неврологического статуса мы сказали ей уверенным тоном: «Врач вас усыпит, после чего по его требованию вы проснетесь с полным восстановлением речи!» Больная быстро уснула. После соответствующего внушения речь по пробуждении полностью восстановилась. Больная находилась

под наблюдением в течение 6 лет, здорова, рецидивов не было (наблюдение М. И. Кашпур).

Нет сомнения в том, что в данном случае имело место запредельное торможение (выразившееся прежде всего в виде непрерывного 10-суточного сна), распространившееся также на речедвигательный анализатор, причем, когда общее разлитое сонное торможение исчезло, речедвигательный анализатор оставался в патологически закрепившемся тормозном состоянии, пока, наконец, путем психотерапии это инертное состояние запредельного торможения не было устранено.



Рис. 44. Реакция дыхания на холодовое раздражение (опускание руки в воду при температуре 14°) во внушенном сне до и после словесного внушения: «Рука ничего не ощущает!» и «Рука ощущает!».

Повидимому, другие виды функциональных нарушений деятельности речедвигательного анализатора, выражающиеся в форме истерической эхолалии, вербигирации и пр., также могут быть устранены путем словесного воздействия во внушенном сне. Об этом свидетельствуют высказывания И. П. Павлова, что стереотипы скелетного движения могут и должны быть понимаемы как выражение «патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках, связанных с движением»[1]; персеверации же следует представлять себе также «только в клетках **речевого** движения» (разрядка наша.— *К. П.*).

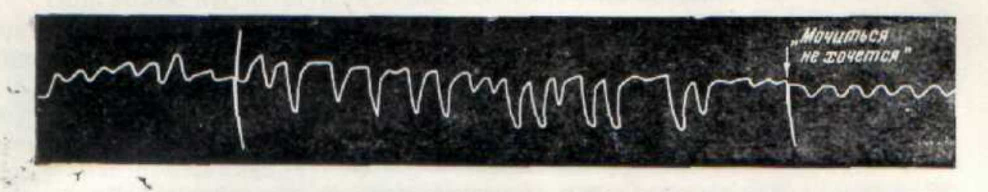


Рис. 45. Реакция дыхания во внушенном сне на интероцептивные раздражения со стороны шейки мочевого пузыря до и после словесного внушения: «Мочиться не хочется!».

Что касается **других** анализаторов, то аналогичным словесным воздействием в них также могут создаваться соответствующие объективно устанавливаемые положительные и отрицательные реакции. Не останавливаясь подробно на каждом из них, ограничимся приведением достаточно показательных кривых (рис. 42—44).

Следует отметить, что все сказанное выше в полной мере относится не только к экстерорецепторам, но и к интерорецепторам, ибо деятельность внутренних анализаторов организма человека также находится под воздействием коры мозга и также может претерпевать изменения путем словесного внушения. Иллюстрировать это могут наши наблюдения, относящиеся еще к 1928 г.

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 443.

Исследуемая Ш. в течение длительного времени находилась в состоянии внушенного сна, причем ее пневмограмма непрерывно записывалась (рис. 45). Неожиданно мы заметили, что спокойная до того времени ритмика ее дыхания оказалась явно нарушенной. На наш вопрос: «Что вас тревожит?» Ш. ответила: «Мне нужно!». За полчаса до того ей было внушено, что она выпила один за другим три стакана воды, вследствие чего у нее возникли интероцептивные раздражения, идущие со стороны шейки мочевого пузыря. Ей тотчас же было сделано отрицательное внушение: «Мочиться не хочется!», после чего проявления беспокойства прекратились и кривая дыхания вновь стала ровной. После пробуждения у нее выделилось 225 мл мочи, как результат сделанного внушения.

Итак, мы видим, что путем словесного воздействия оказывается возможным вносить изменения во все проявления деятельности различных анализаторов, как и в анализаторную функцию коры мозга в целом, усиливая или, наоборот, ослабляя ее или даже полностью прекращая деятельность отдельных анализаторов.

Все сказанное имеет весьма важное значение, свидетельствуя о том, что обе главнейшие функции коры мозга — замыкательная и анализаторная, обеспечивающие уравновешивание человеческого организма с внешней средой, подвержены воздействиям слова. В силу этого последнее оказывается способным играть в системе высшей нервной деятельности человека немаловажную роль. В дальнейшем изложении приводятся многочисленные и разнообразные фактические данные, подтверждающие сказанное.

ГЛАВА VII

ИЗВРАЩЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

...в периферических аппаратах афферентных проводников мы имеем постоянное превращение разных видов энергии в раздражительный процесс. Почему бы при определенных условиях не происходить превращению энергии раздражительного процесса в энергию тормозного и наоборот?

И. П. Павлов

Описанные в предыдущей главе исследования касались непосредственного воздействия словом на деятельность анализаторов. Создаваемые таким путем явления выпадения функций (аналгезия, глухота и пр.) свидетельствовали о возникновении в соответствующих участках коры мозга локального сна определенной группы клеток. Явления же повышения этих функций свидетельствовали о возникновении местного процесса растормаживания, сопровождавшегося усилением возбуждения клеток. Таким образом, имелась прямая, непосредственная реакция на словесное раздражение того или иного элементарного содержания, например: «больно» или «не больно» и т. д.

Переходим к рассмотрению данных еще одной группы исследований, в которых мы поставили задачу вызвать путем воздействия словом различные *изменения (модификации) чувствительности корковых клеток*, вплоть до полного ее извращения. Мы имели в виду возможность четко выявить ту роль, какую может играть слово, изменяющее самый характер отношения коры мозга к тому или иному раздражителю.

Как известно, возможность получения в *хронических опытах* на собаках извращенных реакций на безусловные раздражители впервые была установлена М. Н. Ерофеевой (1912) в лаборатории И. П. Павлова. В ответ на сильный фарадический ток, вначале вызывавший бурную двигательную оборонительную реакцию, в дальнейшем наблюдалась слюнная реакция при полном покое животного. Электрокожный раздражитель удалось сделать условным возбудителем пищевой реакции, так как он подкреплялся пищей. В опытах М. К. Петровой, также проводившихся на собаках, сильный фарадический ток, сначала вызывавший сильное возбуждение, в дальнейшем стал вызывать сонное торможение. А. Г. Иванову-Смоленскому (1929), применявшему звуковой раздражитель значительной силы, удалось добиться у наблюдаемых им лиц развития сонного торможения и сна.

Проведенные нами в 1928—1932 гг. специальные исследования показывали, что словесный раздражитель может оказаться фактором, устраняющим действие безусловного раздражителя или извращающим его значение. Мы имеем здесь в виду получение именно извращенных реакций, т. е. реакций, противоположных по своему характеру адэкватным реакциям на действительные раздражители. Повидимому, в этом нет ничего неожиданного, ибо, как отмечают К. М. Быков и И. Т. Курцин (1952), «сила кортикальных импульсов может быть настолько велика, что она способна не только затормозить, но даже извратить врожденную безусловнорефлекторную реакцию».

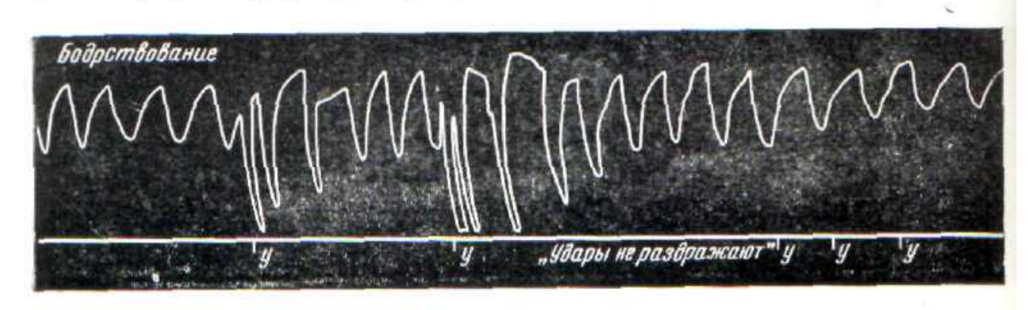


Рис. 46. Реакция дыхания на звуковое раздражение до и после словесного внушения: «Удары вас не раздражают!» *У* — удары молотком по железному листу.

Другая часть этих исследований посвящена вопросу о воздействии словесного внушения на работоспособность (на физическую работу). Наконец, наши клинические наблюдения дают основание утверждать, что самое отношение человека к тем или иным факторам внешней среды, в частности, к ситуации, травмировавшей его психику, также может изменяться путем соответствующего словесного воздействия.

1. Наблюдаемой Ш., находившейся в бодрствующем состоянии, в императивной форме сделано внушение: «Раздражавшие вас раньше удары молотком по железному листу, которые вы сейчас услышите, теперь уже не раздражают!» На рис. 46 мы видим положительный эффект реализации этого внушения: в то время как до этого в ответ на каждый наносимый по железному листу удар у Ш. возникала адэкватная дыхательная реакция, которую она не могла произвольно задержать (см. рис. 10), после указанного отрицательного словесного внушения такой реакции уже не наблюдалось — сильные звуковые (безусловные) раздражения стали индиферентными для ее нервной системы. Таким образом, отношение коры мозга к данному раздражителю резко изменилось: под влиянием слова резкий звук удара молотка получил для нее совершенно иное значение.

2. Другой случай является еще более демонстративным. Той же наблюдаемой, находящейся в бодрствующем состоянии, делается внушение: «Заснете при сильном стуке по столу молотком!». Этого оказалось достаточно, чтобы получилась соответствующая реакция, о характере которой можно судить по кривой дыхания: почти одновременно с сильным ударом молотка у Ш. опустились веки и запись на барабане кимографа отметила спокойный начальный вдох и последующее более уплощенное поверхностное дыхание. Сделанное через некоторое время новое внушение: «Проснитесь при стуке!» вызвало соответствующую реакцию — при ударе молотка Ш. проснулась и кривая дыхания приобрела характер, отвечающий бодрствующему состоянию (рис. 47).

Итак, если в первом случае путем словесного воздействия мы превратили сильный и резкий безусловный звуковой раздражитель в раздражитель, приводящий в состояние внушенного сна, т. е. в раздражитель условный, тормозной, успокаивающий, то во втором случае при ином содержании произведенного внушения тот же фактор был превращен, наоборот, в обратный по своему значению для нервной системы — в растормаживающий, возбуждающий раздражитель. Еще более показательными могут быть следующие два исследования, иллюстрируемые рис. 48 и 49

3. На этот раз в качестве раздражителя мы пользовались весьма сильным громыханием большого листа кровельного железа. На это раз-

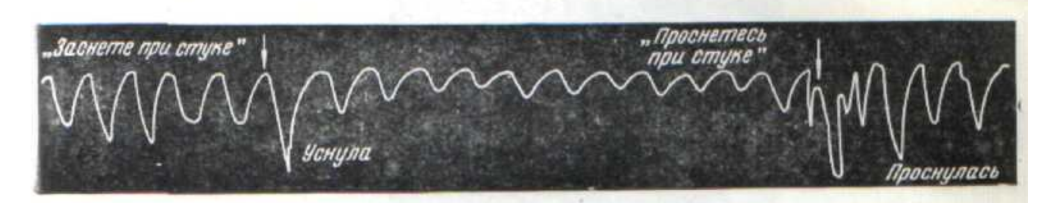


Рис. 47. Различная реакция исследуемой на один и тот же раздражитель в зависимости от содержания словесного внушения. Стрелки обозначают удары молотком по столу. Запись дыхания.

дражение, так же как и на сильный удар молотком по тому же листу, наблюдаемая, будучи в бодрствующем состоянии, отвечала бурной дыхательной реакцией, сопровождающейся повышением артериального давления (на 15 делений). Затем в том же бодрствующем состоянии ей было внушено: «При ударе по железному листу заснете!» и в ответ на последующий удар молотка возникло сонное торможение, доказательством чего служили соответствующие изменения дыхания и артериального давления в сторону его падения. Наконец, была дана следующая словесная инструкция: «При стуке метронома проснетесь, а заснете по прекращении стука». Кривая показывает эффект реализации данного внушения: при первом же стуке метронома последовало пробуждение из состояния внушенного сна, при звуке ударов метронома — бодрствование, а по прекращении их — засыпание (рис. 48); соответствующие этому изменению величины кровяного давления свидетельствовали о происходящих при этом сдвигах в состоянии вегетативной нервной системы.

4. В данном случае имелось в виду вызвать извращенное отношение к длительно действующему звуковому раздражителю (непрерывное сильное громыхание листа кровельного железа). С этой целью наблюдаемой, находящейся в бодрствующем состоянии, в императивной форме была дана словесная инструкция: «При первых звуках сильного громыхания заснете и, пока оно не прекратится, будете спать глубоким сном; прекращение же громыхания вас пробудит!» Действительно, первые же звуки громыхания привели наблюдаемую в состояние внушенного сна. При этом, судя по ходу пневмограммы, состояние внушенного сна развивалось в сторону его дальнейшего углубления; при прекращении же громыхания исследуемая тотчас же проснулась. При этом артериальное давление до усыпления было равно 135 мм, во время внушенного сна — 130 мм, снижаясь до 125 мм, а после пробуждения опять стало 135 мм (рис. 49).

Нужно сказать, что все это вполне соответствовало тем извращенным отношениям, какие зачастую наблюдаются в повседневных условиях. Мы знаем, например, что во время грохота колес работающей мельницы мельник продолжает спокойно спать, но он тотчас же просыпается при

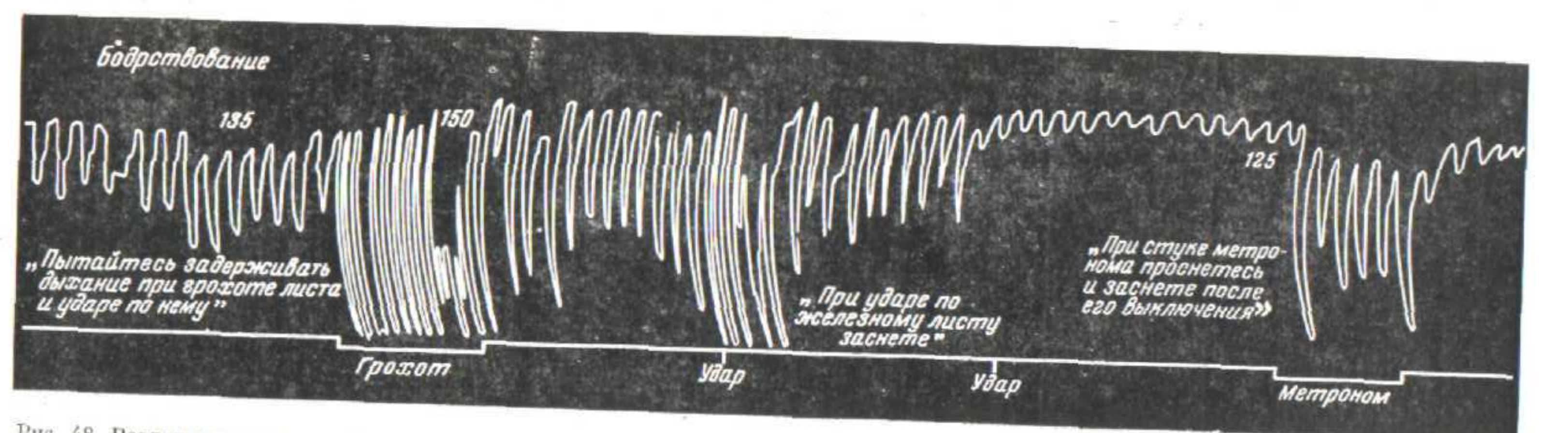


Рис. 48. Различная реакция *исследуемой* на звуковые раздражители в зависимости от содержания словесного внушения. Запись дыхания. Цифры обозначают величину кровяного давления.

прекращении грохота. Повидимому, больные, описанные Шарко, при постоянных исследованиях засыпали под влиянием сильных раздражителей именно потому, что последние сделались для них условными возбудителями наступления сна.

Остановимся на другом ряде наблюдений, в которых словесный раздражитель также оказывался более сильным, чем безусловный физический раздражитель.

5. На предплечье наблюдаемой Ш., находящейся в состоянии внушенного сна, внезапно кладут (на 30 секунд) наполненный снегом резиновый пузырь (температура 0°). В ответ на это у нее возникает бурная дыхательная реакция. Спустя несколько минут после снятия пузыря его

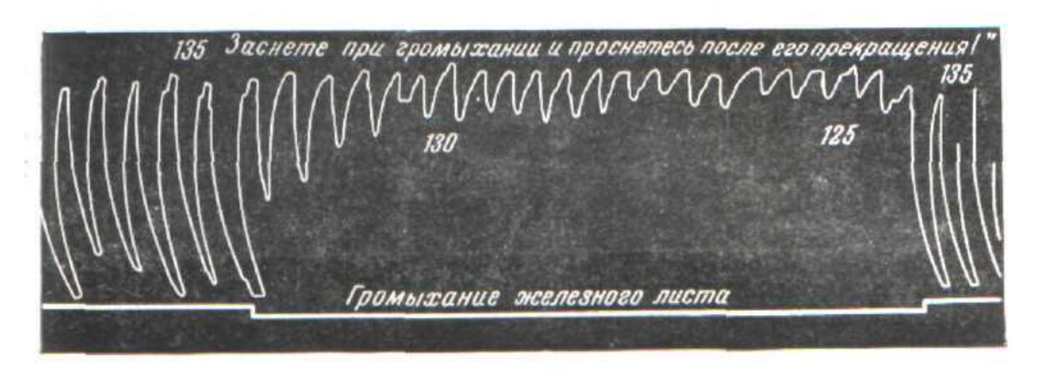


Рис. 49. Влияние словесного внушения на реакцию исследуемого при действии звукового раздражителя. Запись дыхания. Цифры обозначают величину кровяного давления.

вновь накладывают (на те же 30 секунд), но при этом одновременно произносят громко и утвердительно слово «теплое», в результате чего реакция со стороны дыхания стала уже иной. Дыхание было значительно спокойнее, с меньшей амплитудой и более редкой частотой. Такое же воздействие, но с более энергичным и многократным повторением слова «теплое!» дает еще более спокойную реакцию. Наконец, реальный холод, без предшествовавшего внушения, снова вызывает прежнюю бурную реакцию (рис. 50).

6. Вливание 500 мл воды температуры 14° в левое ухо наблюдаемой Ч., находящейся во внушенном сне, сопровождалось внушением: «Теплое!». Это приводило к возникновению у нее нистагма в левую сторону, отвечающего содержанию словесного раздражителя и оказывающегося извращенным по отношению к действительному безусловному физическому раздражителю. В противоположном случае при вливании в то же ухо воды температуры 30° и одновременном внушении: «Холодное!» имел место нистагм в правую сторону, т. е. он был извращенным по отношению к физическому раздражителю.

Таким образом, в обоих последних наблюдениях путем соответствующего внушения холодовая вегетативная реакция была превращена в тепловую, а тепловая — в холодовую (т. е. в обоих случаях адэкватную содержанию словесного внушения). При этом характер реакций со стороны *дыхания также соответственно изменялся.*

В аналогичных исследованиях Н. Леви и Р. Лейднера[1] наблюдаемой,

[1] Данные заимствованы из статьи Н. Н. Тимофеева, помещенной в журнале «Невропатология и психиатрия» за 1936 г. в № 11.

сидящей в состоянии внушенного сна на вращающемся кресле, внушалось, что она вращается в кресле и в определенную сторону, вслед за чем кресло действительно вращали, но в противоположную сторону. Возникавший при этом симптом указательного пальца соответствовал не действительному вращению, а в н у ш е н н о м у, т. е. второсигнальный фактор имел перевес.

Извращения реакций, создаваемые путем словесного воздействия, особенно четко показаны в последнее время в плетизмографических исследованиях А. Т. Пшоника (1952), когда болевые раздражения при нало-

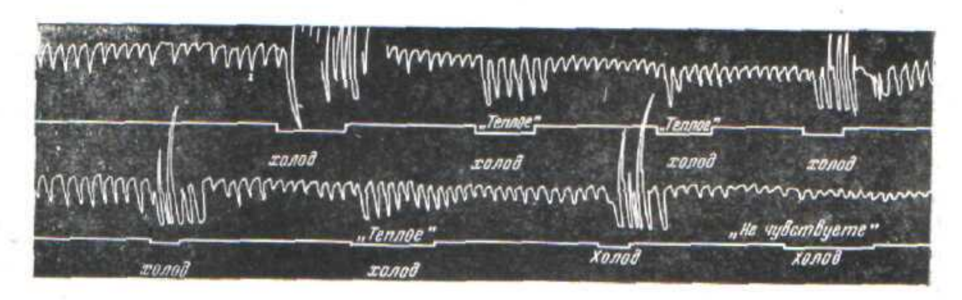


Рис. 50. Извращенная реакция дыхания на холод (снег), возникшая под влиянием словесного внушения: «Теплое!».

жении горячего (63°) под влиянием словесного условного раздражителя «Даю теплое» (43°) вызывали не «болевые» ответные реакции, а «тепловые».

Упомянем об относящихся к той же категории исследованиях Маркуса и Сальгрена (Marcus и Sahlgreen, 1925; Стокгольмская нервная клиника). Путем словесного внушения во внушенном сне им удавалось значительно ослабить влияние на вегетативную нервную систему адреналина, атропина и пилокарпина, а также снизить воздействие инсулина на количество сахара в крови одного больного диабетом (путем сделанного ему словесного внушения, «что впрыскивается вода», в то время как фактически имела место инъекция одного из этих веществ). Гесслер и Гансен (Gessler и Hansen, 1927) исследовали изменение основного обмена под влиянием внушений словом. Наблюдаемые были обнажены и находились в состоянии внушенного сна в помещении с температурой 0°. Им внушалось ощущение теплоты. По данным авторов, основной обмен при этом оказался таким же, каким он был в обычных температурных условиях, т. е. совершенно не измененным. В другом случае исследуемым, находившимся в лаборатории при комнатной температуре, внушалось ощущение сильного холода, что вызывало соответствующие этому значительные изменения со стороны обмена веществ, повышавшегося на 20—30%.

Переходим к исследованиям, посвященным извращению путем словесного внушения характера воздействия безусловных х и м и ч е с к и х раздражителей.

7. У нашей исследуемой в бодрствующем состоянии, так же как и в состоянии внушенного сна, неизменно возникала в ответ на вдыхание запаха нашатырного спирта резкая эмоциональная реакция отрицательного (оборонительного) характера, сопровождавшаяся появлением на глазах слез. После императивно сделанного ей внушения: «Это не спирт, а фиалки!», ее реакция резко изменилась: она начала вдыхать запах нашатырного спирта полной грудью при исчезнувшем брюшном дыхании, а на лице ее появилось выражение удовольствия. При отмене же этого внушения

снова возникла прежняя бурная отрицательная реакция, отвечающая реальному раздражителю (рис. 51).

В дальнейшем мы совместно с психологами А. Н. Мацкевич (1931), М. С. Лебединским (1941) и Е. Н. Козис (1951) решили выяснить возможность снятия путем соответствующего внушения во внушенном сне воздействия умеренной дозы алкоголя, т. е. возможность изменения отношения нервных клеток высших отделов центральной нервной системы к вводимому алкоголю.

8. Пяти наблюдаемым, приведенным в состояние внушенного сна, делалось внушение. «После пробуждения вами будет выпит безалкогольный напиток» («нарзан», «ситро» и т. п.), фактически же после пробуждения



Рис. 51. Различная реакция дыхания на раздражение нашатырным спиртом в зависимости от содержания словесного внушения. Стрелки обозначают вдыхание нашатырного спирта.

они выпивали соответствующее количество (150—200 мл) крепкого (20°) портвейна. Никаких обычных внешних признаков опьянения, возникавших у них до этого, совершенно не имелось, что объективно проверялось путем соответствующих психологических тестов, исследованием вегетативных реакций и поведением исследуемых. Аналогичные наблюдения позднее были опубликованы также проф. А. И. Сумбаевым (1946).

Затем были произведены исследования обратного порядка: наблюдаемым, находящимся в состоянии внушенного сна, делалось внушение, что ими принято внутрь 200 мл 20° портвейна, в то время как фактически они выпивали такое же количество чистой воды. При этом внешнее поведение исследуемых, их вегетативные реакции, данные экспериментально-психологического исследования указывали на изменения, соответствующие таковым при реальном воздействии алкоголя, вплоть до электрокардиографической картины (подтверждено ориентировочными исследованиями, проведенными в 1953 г. нами совместно с М. Л. Линецким).

Приводим данные этих ориентировочных исследований.

9. До начала исследования частота сердечных сокращений наблюдаемой Н. равнялась 66 в минуту. Через 15 минут после приема 50 мл алкоголя частота сердечных сокращений увеличилась до 73 в минуту (учащение на 7 сокращений), сопровождаясь объективными признаками возбуждения, гиперемией лица, повышенной подвижностью и т. д. После внушения, сделанного во внушенном сне: «Проснитесь трезвой!», исследуемая Н. проснулась в нормальном бодром состоянии. После пробуждения число сердечных сокращений 68 в минуту (т. е. как и до приема алкоголя). Таким образом, соответствующее внушение, сделанное в состоянии внушенного сна, действительно, освободило Н. от проявлений действия алкоголя.

10. Той же наблюдаемой, приведенной в состояние внушенного сна, сделано внушение: «После пробуждения вами будет выпито 50 мл алкоголя». После пробуждения Н. пьет около полустакана чистой воды, причем утверждает, что «пьет водку». Частота сердечных сокращений через

несколько минут, при всех внешних проявлениях умеренного алкогольного опьянения, равнялась 75 в минуту, т. е. оказалась равной частоте, имевшей место в условиях реального действия алкоголя. Последующее словесное внушение о наступившем отрезвлении снизило частоту сердечных сокращений до 70 в минуту, т. е. до исходного состояния.

В 1931 г. мы исследовали влияние внушенного (т. е. мнимого) отрезвления на эффективность физической работы на эргографе.

11. Исследуемая Д. в бодрствующем состоянии выполняла работу на эргографе, выражающуюся в подъемах груза в 4 кг с ритмом 120 в минуту (рис. 52). Через 2 минуты работы она выпила 100 мл 20° портвейна, после чего продолжала работу на эргографе. На 6-й минуте после приема портвейна появились явные признаки легкого алкогольного опьянения, что выразилось в значительном снижении эргограммы. После этого наблюдаемая приказом «Спать!» была быстро погружена во внушенный сон, в котором ей было сделано внушение: «Вами выпито не вино, а квас, опьянения не было, проснитесь!» При этом состояние внушенного сна длилось всего лишь 15 секунд. После пробуждения работа была тотчас продолжена, причем отмечено значительное повышение работоспособности.

12. После полутораминутной работы на эргографе (*1*) наблюдаемая в бодрствующем состоянии выпила 150 мл портвейна, после чего в сразу же вызванном внушенном сне, длившемся 5 секунд, было внушено: «Вы выпили зельтерскую воду, проснитесь!». Правая часть кривой (*2*) показывает работу на 6-й минуте после пробуждения: никаких внешних признаков опьянения не возникло (рис. 52).

Как известно, А. О. Долину (1948, 1952) путем применения условного коркового торможения удавалось купировать действие токсических доз морфина. Говоря об этом, автор отмечает, что нервное состояние, вызываемое условными корковыми связями, может при определенных условиях взять перевес над состоянием, вызванным даже химическим или токсическим агентом (1948)

Не лишена значения возможность приспособления нервной системы к некоторым алиментарным (клубника, раки), фармакологическим и токсическим факторам, также осуществляемого путем соответствующих словесных воздействий. Сюда относятся, например, различные уртикарные явления, сопровождающиеся мучительным зудом, и разные другие проявления индивидуальной невыносливости.

Так, А. И. Картамышев (1942) приводит ряд наблюдений, когда словесным внушением во внушенном сне устранялись тяжелые сальварсанные дерматиты, препятствовавшие проведению соответствующей терапии. Сюда же могут быть отнесены наблюдения над десенсибилизирующим воздействием психотерапии при анафилактической крапивнице. В одном из наших наблюдений путем всего лишь одного сеанса словесного внушения во внушенном сне удалось купировать тяжелую анафилактическую крапивницу (К. И. Платонов, 1925а).

Небезинтересны исследования студента Ю. М. Левина (1952), которому таким путем удавалось устранять возникавшие у больных при лечении их эмбихином тяжелые побочные явления (головная боль, головокружение, потеря аппетита, боли в кишечнике, тошнота или рвота, расстройства сна, зуд и пр.). Из 14 больных, у которых ни одно из применявшихся медикаментозных средств не могло устранить токсического действия эмбихина, у 12 был получен положительный эффект с помощью психотерапии.

В этом мы видим прямое подтверждение возможности оказывать путем словесного внушения воздействие на реакцию (сопротивляемость)

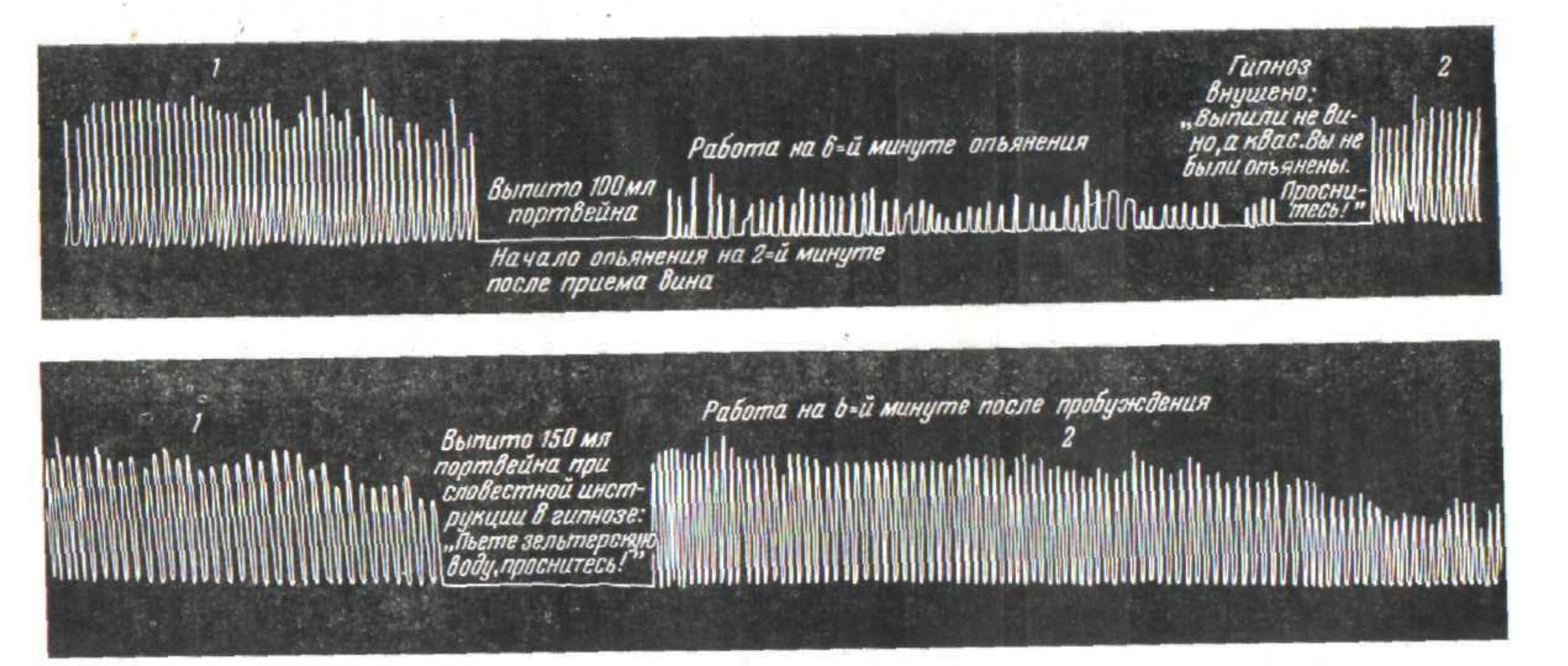


Рис. 52. Влияние внушенного отрезвления на работоспособность.
1 — мышечные сокращения, записанные эргографом до приема спиртных напитков; *2* — то же после словесного внушения.

центральной нервной системы к действию умеренных доз токсических веществ. Естественно, возникает вопрос, не могут ли результаты этих исследований служить прототипом коркового (условнорефлекторного) иммунитета, о котором говорили в свое время Н. А. Подкопаев (1926) и С. Метальников (1926).

Далее следует отметить, что А. О. Долин, Е. Т. Минкер-Богданова и Ю. А. Поворинский (1934), изучая влияние коры мозга на обмен веществ, также получили картину извращенных реакций. В частности, изучая влияние коры мозга на углеводный обмен, авторы внушали исследуемой, находящейся во внушенном сне при даче концентрированного сахарного раствора: «Вы пьете дистиллированную воду!» В результате содержание сахара в крови не только не повысилось, но, наоборот, в первую треть опыта резко уменьшилось.

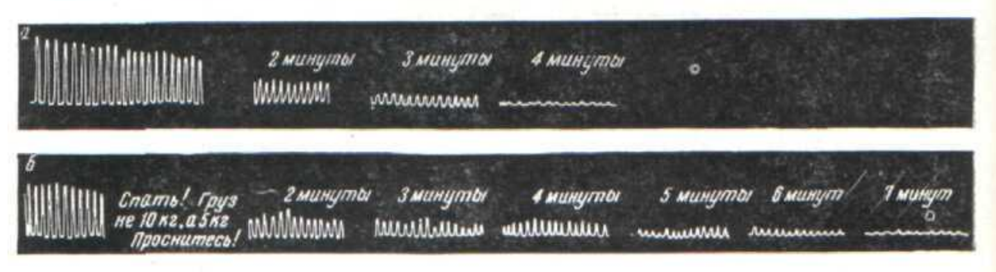


Рис. 53. Изменение работоспособности путем словесного внушения в гипнотическом сне. *а* — мышечные сокращения, записанные на эргографе при грузе 10 кг; *б* — то же при мнимо облегченном грузе.

Итак, во всех этих исследованиях бросается в глаза парадоксальность явления: под влиянием словесного внушения сильный безусловный раздражитель утрачивает свою силу или же вызывает необычную для него извращенную реакцию.

Приведем ряд наших эргографических исследований с внушением облегчения груза. Под наблюдением находилась женщина 38 лет и мужчина 36 лет, мгновенно засыпавшие под влиянием короткой словесной инструкции: «Засыпайте!».

1. Наблюдаемый Р., 36 лет, крепкого телосложения, обладавший большой мышечной силой, в бодрствующем состоянии выполнял на эргографе Моссо работу: подъем груза в 10 кг в ритм ударов метронома (104 удара в минуту). На кривой *а* (рис. 53) видно, что при выполнении этой работы явное утомление наступало уже на 4-й минуте. Через некоторое время после необходимого отдыха приступали к выполнению второй части исследования, состоявшей в том, что после полуминутной работы Р. приводился на 10 секунд в состояние внушенного сна, в котором ему внушалось: «Груз весит не 10 кг, а 5 кг, проснитесь и продолжайте работать!». При этом аналогичная картина полного утомления наступила только на 7-й минуте работы (рис. 53, *б*).

2. Наблюдаемая Д., 38 лет, в бодрствующем состоянии поднимала груз в 20 кг двумя руками с максимально доступной для нее частотой подъемов, причем движения регистрировались на эргостате Иогансена. Работа проводилась в течение одной минуты, после чего исследуемая Д. заявила, что груз для нее тяжел (каждый раз поднимала его с видимым напряжением). Работа отражена на кривой *а* (рис. 54) и выразилась в 16 кг/м в течение одной минуты. Непосредственно после этого исследуемая Д. была быстро приведена в состояние внушенного сна, в котором ей было сделано внушение: «Гири весят не 20 кг, а всего лишь 4 кг, проснитесь

и начинайте работать!». После пробуждения была снова начата работа с тем же грузом, причем тотчас же обнаружилась разница в работе: она поднимала гири выше и чаще, без прежней напряженности (рис. 54, *б*), в одну минуту была выполнена работа, равная 350 кг/м.

При производившемся одновременно с этим исследовании объема легочной вентиляции обнаружено, что в первом случае при подъеме груза

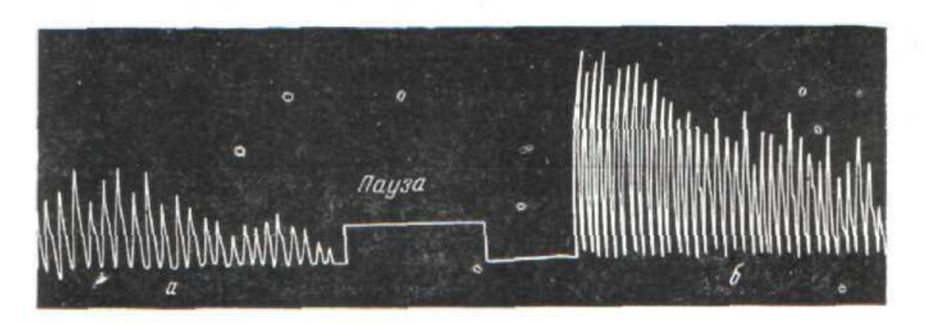


Рис. 54. Влияние на работоспособность (эргография) внушения об уменьшении веса груза.
а — работа при грузе 20 кг; *б* — после внушения об уменьшении веса груза до 4 кг.

без внушения облегчения его (кривая *а*) минутный литраж поднялся с 3,5 до 13,5 и реституция произошла в течение 4 минут. Во втором случае (с мнимым облегчением груза в 5 раз) минутный литраж поднялся с 3,5 до 7,7. Реституция произошла в течение $2^1/_2$ минут (рис. 55).

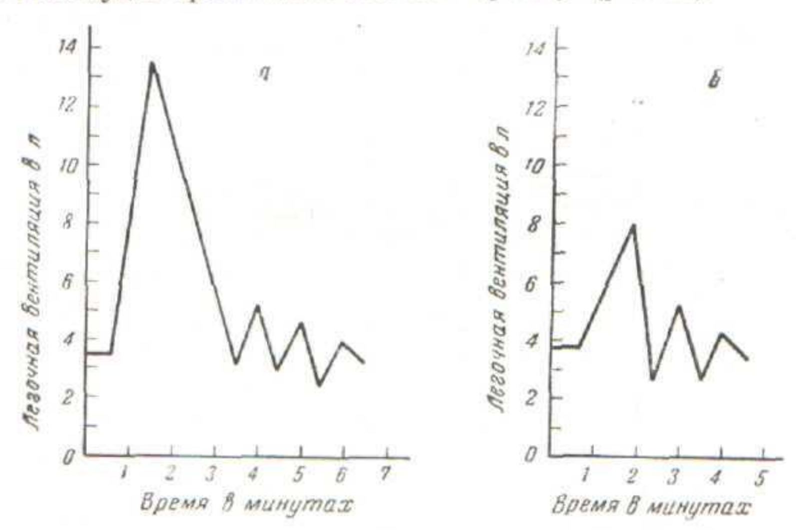


Рис. 55. Легочная вентиляция при мышечной работе до (*а*) и после (*б*) внушения об уменьшении веса груза.

3. Та же наблюдаемая. Записана эргограмма при подъемах груза в 10 кг с максимально достигнутым ритмом подъемов в минуту (рис. 56,*а*), затем исследуемая на несколько секунд приведена в состояние внушенного сна. После внушения: «Гиря снята, ее нет, остались одни веревки, проснитесь, работайте!» наблюдалось увеличение работоспособности (рис. 56, *б*).

В последние годы М. Л. Линецкий сделал попытку выяснить пределы возможных внушений об облегчении физической работы, выполняемой исследуемым. Исследование было выполнено в такой последовательности. После того как при работе на эргографе у исследуемой наступало утомление, делалось внушение: «Поднимаемый вами груз облегчен в два раза!» После этого работоспособность тотчас же восстанавливалась. Когда утомление снова наступало, ей вновь делалось внушение, что груз облегчен еще в 2 раза. И так много раз подряд. Работоспособность многократно восстанавливалась. Однако степень восстановления становилась все меньшей и меньшей, в конце концов, работоспособность совсем не восстанавливалась. Но как только было сделано новое внушение о том, что

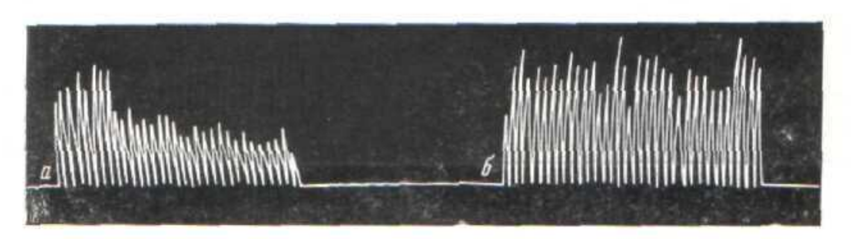


Рис. 56. Влияние на работоспособность (эргография) внушения об отсутствии груза.
а — работа при грузе 10 кг; *б* — работа после внушения: «Гирь нет! Одни веревки!».

нагрузка уменьшена в 4 раза, работоспособность снова резко возросла. Затем, когда снова наступило утомление, снова было сделано такое же внушение, и так многократно. Наконец, наступил такой момент, когда внушение от облегчении груза в 4 раза оставалось уже без эффекта. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 10 раз. Опять работоспособность восстановилась и опять наступил момент, когда это внушение уже не влекло за собой восстановления работоспособности. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 20 раз. И снова произошло восстановление работоспособности. На этом исследование было прервано. Повторные исследования, проведенные с другими двумя лицами, дали тот же эффект.

Фактические данные говорят о том, что явление охранительного торможения наступает в корковых клетках задолго до того, как в них будет израсходовано сколько-нибудь значительное количество их энергетических ресурсов.

Аналогичные исследования, также касающиеся мнимо облегченной работы, по нашему предложению и при нашей консультации были произведены В. М. Василевским (1934) у ряда лиц в более сложных экспериментальных условиях: при езде на велоэргографе Крога с одним, двумя и тремя грузами и при подъемах на высоту 0,5 м чугунных гирь в 5 и 10 кг и картонных макетов этих гирь.

Если в условиях внушенного сна делают словесное внушение об облегчении или, наоборот, утяжелении работы, производимой в произвольном темпе, то это вызывает при стабильности темпа и нагрузки соответствующие изменения в потреблении кислорода и частоте пульса. Если после предварительного предельного утомления, вызванного кратковременной максимальной работой, делают внушение: «Сейчас работа стала для вас легкой!», то наблюдается увеличение выполненной работы и относительное снижение потребления кислорода. Внушение: «Вы сейчас не работали», сделанное непосредственно после окончания работы, вызывает падение интенсивности кислородного потребления в реституционном периоде и снижение частоты пульса. Наконец, внушение о мнимо

проведенной работе, сделанное в состоянии покоя, вызывает повышение газообмена, учащение пульса и увеличение двигательной хронаксии.

Более углубленные исследования в этом направлении были в дальнейшем проведены Д. И. Шатенштейном (1935). Теоретическая и практическая значимость всех этих данных состоит в том, что они лишний раз подтверждают влияние коры мозга на процессы газообмена, чему, как известно, посвящены специальные исследования Р. П. Ольнянской (1950). Они подчеркивают важную роль внушающего воздействия на некоторых лиц одних только суждений о «легкости» или, наоборот, «трудности» (тяжести) выполняемой работы. Эти данные подтверждают слова И. П. Павлова (1927). «Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражениям». «Без натяжки, — говорит он дальше, — можно было бы понять как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы, когда слабые раздражения имеют больший раздражающий эффект, чем сильные». «Можно представить себе, что она же (т. е. парадоксальная фаза.— *К. П.*) дает себя знать в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактов окружающей действительности»[1]. И. П. Павлов подчеркивал, что существенный признак высшей нервной деятельности состоит именно в том, что бесчисленные сигнальные раздражители при определенных условиях меняют свое физиологическое действие.

Повидимому, именно в этом и лежат физиологические механизмы явлений, наблюдающихся столь часто в нашей жизни, когда положительные и отрицательные внушения и самовнушения нередко влияют на весь ход последующих событий нашей жизни. Как известно, эти явления получили свое отражение также в художественной литературе: вспомним «Ревизора» Гоголя, «Отелло» Шекспира, «Горе от ума» Грибоедова, русскую пословицу «Не по хорошу́ мил, а по ми́лу хорош!», наконец, слова Мольера, иронизирующего в «Мизантропе» над непомерной влюбленностью: «Влюблен он в бледную — она белей жасмина, красавица как смертный грех черна — смуглянкой страстною зовет ее картинно», и т. д.

Для иллюстрации приспособления человека к внешним условиям среды или даже извращенного отношения к этим условиям, которые можно вызвать путем соответствующего словесного воздействия, приведем некоторые наши наблюдения из амбулаторной и клинической психотерапевтической практики.

1. Больная Т., 13 лет, страдает туберкулезным спондилитом. В течение 3 месяцев лежит в гипсовой кроватке, днем и ночью крайне раздражительна, капризна, поведение беспокойное, спит плохо. Все это обусловлено тем, что девочка не может примириться со своей вынужденной неподвижностью и невозможностью менять положение тела. Вследствие этого крайне измучила себя и своих родителей, вынуждая последних решиться на отмену этого крайне важного и необходимого при данных условиях терапевтического мероприятия.

Проведено три сеанса психотерапии во внушенном дремотном состоянии, что дало положительный результат. Больная стала вполне спокойной и терпеливо пролежала в гипсовой кроватке в том же положении еще в течение нескольких месяцев, причем повысился аппетит и восстановился нормальный ночной сон.

2. Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на чрезвычайную раздражительность, вспыльчивость (до «злости», до избиения любимого мало-

[1] И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 358.

летнего сына). Раньше была доброй, спокойной, уживчивой, трудолюбивой и волевой. После такого рода «взрывов» возникал сильный упадок сил, диссомния. Начало невротического состояния относит ко второму году своего замужества, когда сложилась тяжелая, психически травмирующая семейная обстановка (проживающая вместе с ними ее свекровь оказалась алкоголичкой), а брат мужа — слабоумным, требующим постоянного ухода. С течением времени невротическое состояние прогрессировало, особенно в связи с алкоголизмом у мужа. Стали возникать боли в желудке и рвота после еды. Поликлинический диагноз: язва желудка. Стала соблюдать предписываемую врачами строгую диэту, началось исхудание, поликлинические лечебные мероприятия оказывались безрезультатными. В дальнейшем применялась психотерапия.

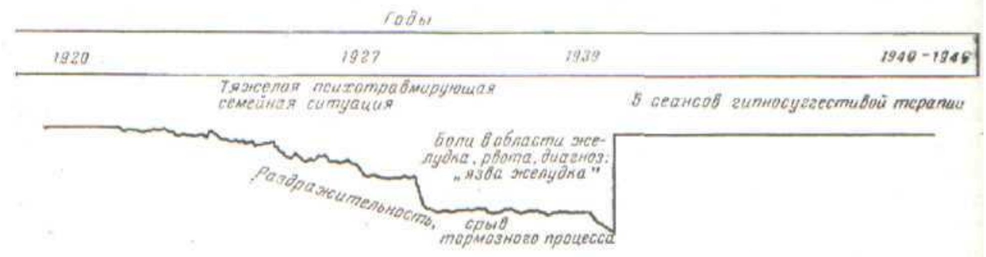


Рис. 57. Схема состояния больной С. за время болезни и после гипносуггестивной терапии. Понижение кривой обозначает ухудшение в состоянии больной.

Анамнез в данном случае говорил о наличии тяжелого психогенного (ситуационного) неврастенического синдрома в форме раздражительной слабости, возникшего в условиях хронической психической травмы. После разъяснительной и успокаивающей беседы проведено 6 сеансов внушения в гипнотическом сне следующего содержания: «К условиям вашей жизни вы относитесь вполне спокойно, имеете спокойный ночной сон, испытываете вполне хорошее материнское чувство к своему ребенку, ваше спокойствие ничто более не нарушает!» и т. д. После каждого сеанса в течение одного часа находилась во внушенном сне-отдыхе. Диэта была полностью немедленно отменена. В результате после каждого проведенного сеанса отмечалось прогрессирующее улучшение самочувствия и полная реализация внушенного правильного отношения к сложившейся тяжелой семейной ситуации.

Была под наблюдением в течение 8 лет; рецидива не было.

В дальнейшем, в годы Великой Отечественной войны, пережила тяжелые условия эвакуации и потерю сына на фронте. Прежний синдром (в частности, гастрический) не рецидивировал. По словам больной, при трудных обстоятельствах жизни ее успокаивали оживляемые в памяти следы сделанных нами внушений.

Таким образом, словесным воздействием удалось резко изменить отношение коры мозга к травмирующим психику факторам, вернуть больную к нормальным условиям трудовой жизни (см. схематическую кривую на рис. 57, ход которой демонстрирует изменения в состоянии больной, происходившие в течение всей ее болезни).

3. Больная Н., 49 лет, несколько месяцев назад перенесла операцию удаления злокачественной опухоли левой грудной железы. После этого страдает навязчивым страхом возможного рецидива, вследствие чего развилось тяжелое угнетенно-тревожное состояние (двое соседей по квартире страдали раковым заболеванием). Вследствие этого, по ее словам, «сделалась крайне тягостной для себя и для окружающих, утратила работоспособность и интерес к жизни».

Проведено три сеанса мотивированного словесного внушения, причем в первом сеансе больная была в бодрствующем состоянии, во втором — в дремотном состоянии, в третьем — во внушенном сне. Больной внушалось спокойное отношение к ее заболеванию, уверенность в полном благополучии, восстановление работоспособности, интереса к жизни и, кроме того, спокойное отношение к больным соседям. После этих сеансов состояние резко изменилось: стала бодра и работоспособна, оставалась здоровой и сохраняла спокойствие в течение последующих 3 лет.

Таким образом, путем соответствующего словесного воздействия возможно в известных случаях изменить отношение человека к семейной, бытовой или служебной ситуации, которая травмирует его психику.

ГЛАВА VIII

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ КОРКОВЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Конечно, надо думать, что в огромном большинстве случаев заболевание нервной системы есть нарушение правильных соотношений между раздражительным и тормозным процессами...

...при трудной встрече раздражительного и тормозного процессов мы получаем то преобладание раздражительного процесса, нарушающее тормозной процесс... то преобладание тормозного процесса,... нарушающее раздражительный процесс...

И. П. Павлов

Как известно, у здорового человека нормальное соотношение между основными корковыми процессами, раздражительным и тормозным, если оно было чем-либо нарушено, обычно довольно быстро самостоятельно восстанавливается.

Однако в случае значительного напряжения высшей нервной деятельности, например, вследствие непосильных раздражений или же сшибки раздражительного и тормозного процессов, это ведет к более или менее длительному нарушению обоих процессов.

Практика показывает, что путем словесного внушения определенного содержания, сделанного в бодрствующем состоянии или же во внушенном сне, оказывается возможным восстановить нарушенное нормальное соотношение основных корковых процессов.

Иллюстрировать это положение можно многочисленными фактами из психотерапевтической практики.

Как отмечает И. П. Павлов, «... одно из самых бросающихся в глаза, особенно интересных, особенно приложимых в неврологии и в психиатрии, это есть инертное состояние раздражительного процесса, т. е. такое, когда раздражительный процесс делается упрямее, упорнее, менее скоро уступает место законно возникающим тормозящим влияниям»[1].

Приводим примеры такого рода явлений и применения внушения словом, направленного к их устранению.

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 434.

1. Больная М., 45 лет, обратилась с жалобой на резко повышенную раздражительность и на постоянно преследующую ее боязнь оказаться невыдержанной по отношению к своим клиентам. Не будучи в состоянии сдержать свою непомерную раздражительность, она при всей своей сознательности иногда, действительно, теряет способность управлять собой. В такую минуту ею овладевает чувство острой неприязни к людям, затем быстро проходящее. При этом она ясно понимает, что была неправа и нетактична, после этого «остается тяжелый осадок и неприятное чувство неумения себя сдерживать». Такие явления возникают не только на работе, но и в семье. Все это ее очень тяготит и беспокоит — «прямо до болезненного состояния», тем более что такое состояние длится почти 2 месяца. Не прерывая своей работы, больная не раз прибегала к помощи терапевтов и невропатологов.

Однако ее состояние не улучшалось, «оставаясь тяжелым как для себя, так и для окружающих».

Больная относится к сильному и уравновешенному типу нервной деятельности, наследственность не отягощена. Работала 16 лет в суде, причем в последние годы была лишена возможности нормально пользоваться своим отпуском. По своей работе постоянно связана с людьми, обращающимися к ней с различными сложными претензиями, просьбами и недовольствами. Работа и положение требуют, чтобы она всегда была сдержанной, уравновешенной, внимательной и чуткой, какой она и была до заболевания. Однако вследствие значительного переутомления, вызванного чрезмерно напряженной работой, у нее появилась сильная раздражительность, невозможность владеть собой, «потеря силы воли» и ею овладело «тяжелое чувство неприязни к людям».

Проведена психотерапия в виде шести сеансов внушения во внушенном сне с последующим после каждого сеанса одночасовым внушенным сном-отдыхом. Подтверждая, что ее раздражительность и чувство неприязни к людям, действительно, явились результатом переутомления, мы ей внушали: «Делаемые вам внушения, как и гипноз-отдых, с каждым разом все более восстанавливают ваши силы, вы попрежнему хорошо владеете собой и сохраняете свойственное вам полное спокойствие, самообладание и уверенность в себе... Ночью вы спите спокойно и крепко, забывая все впечатления дня!» и т. д.

После проведенного лечения больная, по ее словам, «почувствовала себя совсем другой»: ее «перестало мучить чувство боязни за себя, за могущую случиться неприятность от неумения себя сдержать», причем «исчезла раздражительность и чувство неприязни к людям». Настроение стало ровным, спокойным, совершенно пропало долго преследовавшее ее чувство постоянного страха за могущие быть недоразумения с клиентами. «Я вошла в нормальную колею,— сообщила нам больная,— и единственное мое желание, чтобы это состояние у меня прочно сохранилось». После этого М. была под нашим наблюдением в течение 3 лет, рецидива не наблюдалось. При этом она строго выполняла предписанные ей указания в отношении ночного сна и порядка чередования труда и отдыха.

У данной больной вследствие длительного переутомления и напряженной борьбы с нараставшей несдержанностью возникло значительное перенапряжение тормозного процесса, что и привело к его срыву. Тем самым создалось патологическое превалирование раздражительного процесса над тормозным, получившее свое выражение в неврастеническом синдроме (первая стадия неврастении по А. Г. Иванову-Смоленскому). Обычные методы успокаивающей и укрепляющей терапии не могли устранить этого состояния, ибо для этого требовалось воздействие совершенно иного типа, направленное непосредственно на кору мозга, в деятель-

ности которой это нарушение и возникло. Следует отметить, что психотерапия с внушенным сном-отдыхом проводилась без отрыва от служебной деятельности больной.

2. Больной С., 28 лет, обратился с жалобами на чрезмерную раздражительность, приводящую к полной невозможности спокойно относиться к окружающим и владеть собой, потерю работоспособности, бессонницу, тревожно-угнетенное состояние. На службе делает грубые промахи, стал невыдержанным, за что получает замечания. Заболевание возникло 3 месяца назад, когда совершенно внезапно для него произошел разрыв с женой: она ушла от него, заявив, что любит другого. Прожил с женой 5 лет, продолжает ее любить, не может примириться с мыслью о случившемся. «Хочу забыть, но не могу!» «Ищу встречи с ней!»,— говорит больной.

Во внушенном дремотном состоянии больного проведено девять сеансов психотерапии с внушениями: «Прежнее чувство к жене вами забыто, вы стали к ней совершенно равнодушны, так как она недостойна вашего внимания. Это уже не друг, случайные воспоминания о ней или встречи вас уже не трогают. Ваше спокойствие полностью восстановилось, вы попрежнему здоровы и работоспособны» и т. п. В результате прежнее чувство к жене резко ослабело: «Я как-то перестал о ней думать»,— говорил больной. При этом общее самочувствие и работоспособность пришли в нормальное состояние. Положительный катамнез 2 года (наблюдение Н. М. Зеленского).

Таким образом, у данного больного имела место внезапно происшедшая непосильная для его нервной системы ломка динамического стереотипа, что привело к глубокому нарушению корковой динамики, проявившемуся в значительном превалировании раздражительного процесса и резком ослаблении тормозного, что снизило анализаторную функцию коры мозга и умение владеть собой.

В обоих приведенных нами примерах путем сеансов словесного воздействия, оказанного в дремотном состоянии или же во внушенном сне, нарушенное соотношение между основными корковыми процессами было восстановлено. Это было достигнуто путем внушения «восстановления полного спокойствия и умения владеть собой» (в первом случае) и «забвения прошлого чувства», оказывавшего при создавшейся ситуации травмирующее воздействие на корковую динамику больного (во втором случае).

Следует отметить, что роль этого весьма важного в физиологии высшей нервной деятельности процесса «забвения» пережитого особенно ярко подчеркивалась в свое время Пьером Жане (P. Janet, 1903), отмечавшим, что «одним из самых ценных приобретений патологической психологии было бы то, которое дало бы нам верное средство предавать забвению то или иное психологическое явление». Таким средством в данном случае оказалось в н у ш е н и е з а б в е н и я, с д е л а н н о е в д р е м о т н о м с о с т о я н и и. В ряде случаев такое внушение представляет замечательный прием, приводящий к решительному устранению последствий пережитой психической травмы.

В результате хронического превалирования тормозного процесса при быстрой истощаемости (слабости) раздражительного может возникнуть нарколепсия. Этот вид нарушения соотношения основных корковых процессов в известных случаях также может быть устранен путем соответствующего словесного воздействия.

Приводим пример.

3. Больной Т., 33 лет, обратился с жалобой на то, что при всех отрицательных переживаниях, испытываемых им, он тотчас же засыпает, что

может происходить где угодно и когда угодно. Такими отрицательными переживаниями, вызывающими состояние сна, могут быть, например, какие-нибудь неприятные для него слова, сказанные по его адресу, нанесенное ему оскорбление или обида и т. п. Так, когда в приемной поликлиники врач сказал ему, чтобы он ждал своей очереди, этого было достаточно, чтобы он тотчас же заснул (там же, в приемной).

Такие явления могут повторяться в течение дня несколько раз.

Причину образования такого рода извращенной, патологической условной связи в виде состояния сна, возникающего при переживаемых им неприятных эмоциях, вскрыть не удалось.

Применена психотерапия в дремотном состоянии с краткими императивными внушениями: «Волнения не вызывают сна! Этих внезапных засыпаний при личных огорчениях больше нет и не будет, на всякого рода неприятности реагируете совершенно спокойно!». Этого было достаточно, чтобы зафиксировавшуюся нарколептическую условнорефлекторную реакцию полностью устранить: придя через несколько дней, больной заявил, что припадки сна вследствие разного рода огорчений или неприятностей уже не возникают.

Было проведено еще три подкрепляющих сеанса внушения (также в дремотном состоянии), после чего больной был под наблюдением в течение 5 месяцев, рецидивов не было (наблюдение *И. В. Халфона*).

Таким образом, превалирование тормозного процесса при слабости раздражительного приводило к легкому возникновению приступов сна в форме эмоциогенной нарколепсии. Словесное воздействие, оказанное в дремотном состоянии, привело к устранению приступов нарколепсии, что свидетельствовало об ее функциональном характере.

Приводимые ниже наблюдения характеризуются картиной длительного «истязания» тормозного процесса и его срыва, последствия которых были устранены путем словесного воздействия.

4. Больная О., 32 лет, доставлена родными в поликлинику Красного Креста (Ворошиловград) для консультации по вопросу о стационировании ее в психиатрическую больницу. Больная дезориентирована, возбуждена, плачет, бормочет: «Что я наделала!» Доставившие ее муж и его родители сообщили, что 2 часа назад, когда их семья готовилась к встрече гостей, в момент, когда с минуты на минуту гости должны были приехать, больная сорвала со стола скатерть вместе с находящейся на ней сервировкой и начала ожесточенно топтать все ногами, кричать, рвать на себе волосы и одежду, при этом перестала узнавать окружающих, выкрикивала непонятные слова. Приглашенный врач-терапевт высказал предположение об остро вспыхнувшем психозе и предложил направить в психиатрическую больницу.

Больная погружена в легкое гипнотическое состояние и после короткого отдыха в дремоте стала отвечать на вопросы, причем постепенно смогла рассказать следующее. 3 года назад вышла замуж, мужа очень любит, как и он ее. Однако родители мужа, а особенно ее свекровь, встретили ее весьма недружелюбно. В дальнейшем они несколько примирились с ней, но недружелюбное отношение свекрови больная постоянно чувствовала, причем, что бы она ни сделала, для свекрови «все было не так». «Своими систематическими замечаниями она меня непрерывно преследовала»,— говорила больная. «Я постоянно сдерживала себя (разрядка наша.— *К. П*), оставаясь одна, много плакала, мужу об этом ничего не говорила, не желая его расстраивать. Я очень просила мужа достать отдельную квартиру, чтобы не жить со свекровью, но он отказывался это сделать». При частых отъездах мужа в командировку больной, по ее словам, «особенно было тяжело оставаться со свекровью: положение

становилось безвыходным». Вследствие этого у больной начала проявляться крайняя раздражительность, бессонница, полное отсутствие аппетита, апатия. На наш вопрос: «Зачем же вы сдернули скатерть?» больная ответила: «Я сама не знаю, как это произошло. Когда мы приготовляли стол и я раскладывала обеденные приборы, я чувствовала себя возбужденной. вероятно, потому, что свекровь, стоявшая у другого конца стола, все время следила за моей работой. Когда же я ее закончила, она подошла к столу и демонстративно начала переделывать мою работу и перекладывать ножи и вилки, меняя их местами. Мне стало как-то очень обидно, у меня потемнело в глазах и сразу затошнило. Помню, что я вскрикнула и схватилась рукой за скатерть. Что было дальше, не помню».

В данном случае был диагносцирован острый срыв тормозного процесса. Проведено семь сеансов психотерапии в дремотном состоянии, давшие положительный эффект. Мужу больной и родителям мужа разъяснен механизм случившегося припадка и объяснено неправильное поведение свекрови. Больная была под наблюдением в течение 7 лет, причем никаких рецидивов и иных нарушений в ее поведении не отмечалось (наблюдение Е. С. Каткова).

В данном случае в результате создавшихся неблагоприятных семейных отношений произошло перенапряжение тормозного процесса (больная постоянно старалась сдерживать себя). Это привело к его срыву, что проявилось в форме острой истерической реакции с явлением спутанности сознания и последующей амнезией.

5. Больная Н., 28 лет, обратилась с жалобами на навязчивое желание покончить собой, на преследующее ее чувство страха, стремление к одиночеству, на ночные припадки, во время которых ей кажется, что «стены сдвигаются и душат ее ребенка», в то время как ребенка у нее «нет и никогда не было», при этом она задыхается, теряет сознание, ее приводят в чувство, и только под утро она засыпает тревожным сном с кошмарами. Вместе с тем отмечает повышенную раздражительность, потерю аппетита, резкую общую слабость, что заставляет ее лежать в постели, исхудание (в течение короткого времени потеряла 16 кг).

Во время анамнестической беседы установлено, что больная росла здоровым ребенком, наследственность без отягощений. Два раза была замужем, но ее стремление создать семью не осуществилось, так как оба замужества были неудачными. Через 2 года после первого замужества разошлась с мужем, так как «были постоянные ссоры из-за разгульного образа жизни мужа». Второе замужество также оказалось неудачным: алкоголизм мужа доводил ее до попыток самоубийства.

Проведена успокаивающая беседа, в которой дан совет: «Не реагировать на поведение мужа, наладить нормальную семейную жизнь». На протяжении 2 недель проведено шесть сеансов психотерапии во внушенном сне с последующим после каждого сеанса внушенным глубоким отдыхом. После первого же сеанса улучшился аппетит и ночной сон, а также настроение. В дальнейшем отмечалось ослабление галлюцинаторных явлений, влечения к самоубийству, плаксивости. Появилось желание быть на людях. Последние два сеанса полностью восстановили здоровье больной, она стала значительно спокойнее относиться к поведению мужа и даже приступила к работе. О прошлом, по ее словам, «совсем забыла», а вскоре, покинув мужа-алкоголика, снова вышла замуж. Через 5 лет после психотерапии сообщила нам о своем благополучии, она здорова, бодра и работоспособна, имеет ребенка.

В данном случае имело место хроническое (в течение ряда лет) перенапряжение и срыв тормозного процесса у лица, относящегося, повидимому, к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Причи-

на срыва лежала в крайне неблагоприятной жизненной ситуации. В конечном итоге возникло хроническое невротическое состояние со спорадически проявлявшейся ультрапарадоксальной симптоматикой (галлюцинации, связанные с не существующим у нее ребенком), развившейся по истерическому типу с преобладанием возбуждения из подкорки при резкой ослабленности тормозного процесса.

Психотерапия устранила патологическую симптоматику и помогла изменить высшую нервную деятельность больной в нужном направлении.

Патологически прочно зафиксировавшееся преобладание тормозного (депрессивного) состояния, с которым врачу также нередко приходится иметь дело в повседневной психотерапевтической практике, точно так же может быть устранено путем соответствующего словесного воздействия, причем и в этом случае может быть достигнуто уравновешивание обоих процессов — раздражительного и тормозного.

1. Больная П., 33 лет, доставлена с жалобами на весьма тяжелое подавленное состояние, отмечавшееся у нее в течение последних 5 лет, которое произошло вследствие смерти отца, а затем и любимой сестры. Последнее обстоятельство и послужило ближайшим поводом к ее заболеванию, так как сестра умерла у нее на руках. На фоне общего истощения и развившегося депрессивного состояния у больной возникла и зафиксировалась навязчивая мысль о виновности ее в смерти сестры. Появилось состояние гнетущей тоски, связанное с преследующей ее картиной последних дней жизни сестры. Вместе с тем развилась боязнь врачей, стала не выносить музыку (сестра любила музыку и играла на рояле), боязнь сумерек, боязнь выходить одной на улицу, постоянное угнетенное состояние, сознание ненужности жизни, навязчивая мысль о самоубийстве. Все время носила траурное платье, избегала общества.

Утешения и убеждения окружающих раздражали ее, не достигая цели. От лечения отказывалась, к нам была доставлена родственниками при большом сопротивлении с ее стороны.

Все меры успокоения, разъяснения и убеждения оказывались безрезультатными. Поэтому было принято решение провести психотерапию во внушенном сне.

Первый сеанс внушения во внушенном сне дал, по словам больной, «резкое облегчение на душе и какое-то необыкновенно хорошее самочувствие»: страхов уже не испытывала, после сеанса заявила, что «может вернуться домой без провожатой». Во время второго сеанса (через 6 дней), на который пришла самостоятельно, в спокойном состоянии, но все еще с навязчивой мыслью о сестре, заснула быстро и глубоко. После этого сеанса наступило значительное улучшение во всех отношениях. Третий (и последний) сеанс — через 3 дня после второго. На этот раз был применен длительный внушенный сон-отдых с внушением: «Ко всем вашим прежним тяжелым переживаниям вы уже относитесь вполне спокойно!».

Дальнейшее наблюдение показало, что в итоге этих трех сеансов в ее состоянии произошли резкие изменения, поразившие не только ее близких, но и больную: «Я стала прежней, какой была раньше до заболевания!». Угнетавшее ее все эти годы состояние совершенно исчезло. В последующем писала нам: «Мне так легко, хорошо и свободно, как будто мне сделали какую-то психическую операцию и вырвали все больное и скверное». Она сообщала, что с удовольствием слушает музыку, общается с медицинским персоналом, не замечает наступления сумерек, воспоминания о сестре у нее «уже не вызывают душевной боли». Перестала носить траурное платье. Мучившие ее все эти годы головные боли совершенно исчезли. Под нашим наблюдением была в течение 22 лет. Катамнез оставался положительным: рецидивов не было.

Итак, в данном случае путем словесного воздействия удалось полностью устранить тяжелое и длительное (5 лет) депрессивное состояние. Вместе с тем было полностью устранено также прочно зафиксировавшееся навязчивое состояние со всей сопровождавшей его симптоматикой и восстановлено нормальное соотношение основных корковых процессов. Это вернуло больную к ее преморбидному состоянию и привело к восстановлению утраченного интереса к жизни и работоспособности. Как мы видим, в данном случае имела место патологическая инертность тормозного состояния при выраженной слабости корковых клеток, возникшей в результате упавших на кору мозга непосильных для нее раздражений.

В отношении развившихся у больной фобий (боязнь сумерек, боязнь выходить одной на улицу) уместно напомнить известные слова И. П. Павлова о том, что «в основе... боязливости, трусости, а особенно болезненных фобий лежит простое преобладание физиологического процесса торможения как выражение слабости корковых клеток»[1].

2. Больная З., 26 лет, обратилась с жалобами на тяжелое угнетенное подавленное состояние, потерю интереса в жизни, мысли о самоубийстве, частые смены настроения, кошмарные сновидения, немотивированный плач, вскрикивания во сне, иногда снохождение в сумеречном состоянии. Домашнее хозяйство запустила, перестала ходить на службу. Больна один год, но считает себя нервной и впечатлительной с детства. Замуж вышла по любви в 18-летнем возрасте, была здорова, работоспособна и в семейной жизни счастлива. На 7-м году замужества произошла измена мужа и развод. У больной остро развилось психотическое угнетенное состояние, сопровождавшееся приступами сумеречного сознания, потерей сна и аппетита. У нее постоянно возникали мысли о бывшем муже и мучительные вопросы: «Что делать, где спасение?». Больная находилась в состоянии постоянной тревоги и отчаяния. Дети остались без внимания и ухода, хозяйство не велось. Угнетенное состояние зафиксировалось и не покидает больную в течение года.

Наследственность: мать истеричка, отец был болен туберкулезом, покончил жизнь самоубийством.

Анамнестическая беседа, соответствующие убеждения и разъяснения положительного рузультата не дали. В последующих двух сеансах психотерапии удалось получить дремотное состояние средней степени и провести соответствующее словесное внушение, содержанием которого было все сказанное в предварительной разъяснительной беседе. После вторичного сеанса сразу почувствовала себя лучше: мысли о муже, по ее словам, «как-то побледнели», ночью спала, общее состояние удовлетворительное. Проведено еще три сеанса также в дремотном состоянии с внушениями: «Все пережитое уже не мешает вашему обычному нормальному состоянию, мыслей о муже больше нет, с его отсутствием вы примирились, интерес к жизни у вас восстановился, вернулись самообладание и забота о детях, самочувствие вполне хорошее, ночной сон спокойный!» и т. д. Это полностью восстановило ее интерес к жизни, появилась забота о детях и хозяйстве; самочувствие ее хорошее. После выписки приступила к работе. Оставалась под наблюдением 2 года; рецидива не было (наблюдение З. А. Копиль-Левиной).

Как мы видим, у данной больной возникло глубокое нарушение высшей нервной деятельности, проявившееся в форме застойного тормозного состояния в результате непосильного для данной нервной системы напря-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 291.

жения корковых процессов. Путем психотерапии соответствующего содержания это застойное тормозное состояние было прочно устранено, и, несмотря на наличие патологической наследственности, полностью восстановилась нормальная корковая динамика.

Напомним, что, говоря о физиологическом механизме застойного тормозного состояния, И. П. Павлов отмечал, что «.. всякое представление о тормозном эффекте из боязни ли, из интереса или выгоды, сосредоточиваясь повторно и усиливаясь в коре, в силу эмоциональности истерика, совершенно так же, как в гипнозе слово гипнотизера, вызовет и зафиксирует эти симптомы на продолжительное время, пока, наконец, более сильная волна раздражения при каком-либо случае не смоет эти тормозные пункты»[1].

Можно допустить, что роль этой «более сильной волны раздражения» сыграла в данном случае императивность словесного воздействия, имевшего прямую патогенетическую направленность.

Как известно, одним из патологических проявлений раздражительного процесса является состояние раздражительной слабости.

Говоря о состоянии нервных клеток коры мозга в условиях «раздражительной слабости», И. П. Павлов отмечал, что в этом состоянии «...клетка делается очень суетливой, очень стремительно отвечает на раздражение, но зато быстро банкротится, быстро слабнет. Мы это состояние называем взрывчатостью»[2].

Может ли это состояние «взрывчатости», состояние патологической слабости корковых клеток быть устранено путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. воздействия, оказываемого через вторую сигнальную систему?

Повидимому, может, о чем свидетельствуют некоторые факты, взятые из нашей психотерапевтической практики, к рассмотрению которых мы и переходим.

1. К нам обратился больной Ч., 43 лет, с жалобами на крайнюю раздражительность, непереносимость сильных звуков, яркого света, на легко возникающее чувство гнева, во время вспышки которого он невоздержан, готов все ломать и бить вокруг себя. После такой вспышки раздражения и необусловленного гнева наступает резкое состояние слабости и вялости. Упорная бессонница, ночью малейший шорох и слабый свет раздражают и мешают спать. Настроение угнетенное, резко сниженная работоспособность, половая слабость. Во время работы частые описки, ошибки, оговорки, по временам «не работает рука»: с большим трудом поднимает правую руку.

Такое состояние развивалось постепенно. Перед этим в течение ряда лет больной работал в штабе, длительно находился в напряженных условиях фронта. После демобилизации болезненные явления продолжали нарастать, что заставило его обратиться к врачебной помощи.

Объективно: резко выраженное невротическое состояние неврастеноидного типа. Больной эмоционально напряжен, при неожиданном звуке вскакивает со стула; мышцы лица передергиваются, краснеет и весь дрожит. Ожидания на прием к врачу не выдерживает, рассказывая о своих переживаниях, плачет, иногда доходя до рыданий. В неврологическом статусе сосудистая лабильность, выраженный тремор, потливость, повышенные коленные рефлексы.

---

[1] *И. П. Павлов*, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 379.
[2] Там же, стр. 435.

Применено два сеанса разъяснительной психотерапии и шесть сеансов внушений, проведенных во внушенном сне, с последующим одночасовым внушенным сном-отдыхом. Таким путем удалось полностью ликвидировать все проявления болезненного состояния: больной стал спокоен, настроение бодрое, работоспособен и уравновешен. Ночью спит крепко, несмотря на то, что жена в той же комнате при ярком свете работает на пишущей машинке. В кабинете врача спокойно, без слез, рассказывает о пережитом. Под нашим наблюдением был в течение 4 лет, рецидивов не возникло (наблюдение М. И. Кашпур).

Таким образом, мы видим, что резкая раздражительная слабость корковых клеток, которую можно охарактеризовать как состояние «взрывчатости», оказалась устраненной. При этом корковая динамика коренным образом изменилась, перестроилась, была приведена в состояние уравновешенности. Все это было осуществлено путем лишь одного словесного вмешательства, произведенного в условиях гипнотического торможения коры мозга.

2. Больной К., 28 лет, обратился в 1946 г. с жалобами на крайнюю раздражительность, конфликтность с окружающими, на аффектогенные припадки с судорожным компонентом и потерей сознания, на трудность засыпания, чуткий, беспокойный сон с тяжелыми сновидениями батального характера. Больной в прошлом был летчиком, в 1943 г. перенес баротравму с потерей сознания, последующей глухотой и немотой, сменившейся на некоторое время заиканием. В 1944 г. получил осколочное ранение в живот, по поводу которого перенес три полостные операции. В 1945 г. демобилизовался и женился.

Невротическое состояние развивалось постепенно, причем полгода назад произошло ухудшение, возник первый припадок, а вместе с припадками развилась и половая слабость. Непосредственным поводом к возникновению заболевания послужила длительная болезнь его ребенка, приводившая к вынужденным бессонным ночам, а также крупные неприятности по работе. В одну из таких бессонных ночей больной задремал, затем, вдруг, будучи в дремоте, вскочил с постели, схватил из кровати кричащего ребенка и с силой бросил его в угол комнаты. После этого аффекта больной упал, «бился в судорогах». Лечение бромидами и люминалом было безуспешным. Припадки участились, случались дома, на работе и на улице.

Объективно: больной эмоционально лабилен, не выносит ожидания, крайне нетерпелив, плачет, дрожит, умоляет врача «спасти его и сохранить семью».

Шесть сеансов психотерапии, два из которых были проведены в бодрствующем состоянии, а остальные во внушенном сне, успокоили больного. После первого же сеанса, проведенного в дремотном состоянии, больной стал уравновешеннее, припадки не повторялись. Во время 5-го сеанса возникло состояние глубокого внушенного сна с самостоятельно развившимся сновидением: видел себя спокойно лежащим, а перед его глазами двигались голубые трамваи, голубые машины, голубые троллейбусы и пр. Во время 6-го сеанса быстро и глубоко заснул также со сновидением, во время которого видел себя лежащим на лугу, а перед его глазами расстилалось голубое небо, голубое озеро, голубые незабудки. Никаких сновидений больному при этом не внушалось.

В период лечения радикально изменилось поведение больного: он терпеливо ожидал очереди в приемной, не вступал в конфликты с больными, стал уравновешен, уверен в выздоровлении, припадки прекратились, наладились взаимоотношения в семье и на работе. По окончании курса психотерапии все симптомы заболевания исчезли и в течение года

не возобновлялись. Но через год в связи с рядом психических травм, перенесенных им на протяжении короткого срока (смерть отца, само, убийство сестры, опасное состояние здоровья матери), возник рецидив: наряду с резко выраженным невротическим состоянием, снова наступили припадки с потерей сознания. После двух сеансов гипносуггестивной терапии стал вполне здоровым. В дальнейшем в течение ряда лет оставался работоспособным, хотя и отмечалась повышенная раздражительность и взрывчатость, припадков не было (наблюдение М. И. Кашпур).

В обоих приведенных примерах речь идет о лицах, повидимому (на основании данных анамнеза), принадлежавших к сильному уравновешенному типу нервной системы.

У обоих больных патофизиологическая картина вырисовывается в следующем виде: вначале постепенно развивается слабость активного торможения, появляющаяся в виде несдержанности, взрывов гнева и пр., к которой в дальнейшем присоединяются (и превалируют в картине болезни) вегетативные симптомы в виде сосудистой лабильности, потливости, нарушения сна, и в дальнейшем наступает перенапряжение раздражительного процесса, при котором легко возникает запредельное торможение, выражающееся в общей слабости, разбитости, стремление уйти от коллектива, от семьи, в нежелании говорить, двигаться и думать. У первого из больных это запредельное торможение выражено особенно ярко в субъективном чувстве «тяжести в правой руке» (больной занимался канцелярской работой, к которой относился отрицательно), что он определяет словами: «рука не работает». У второго больного после бурного возбуждения наступал общий глубокий сон. Таким образом, в первом случае запредельное торможение было выражено локально, во втором — по всей коре мозга.

Авторитет лечебного учреждения, к помощи которого больные прибегли, осознание ими (в результате разъяснения врача) причин, условий и механизмов возникновения заболевания и возможности обратного развития болезненных симптомов, внушенная врачом вера в выздоровление и желание больных скорее выздороветь способствовали наступлению в довольно короткий срок выздоровления.

Таким образом, мы видим, что с помощью психотерапии в обоих случаях удалось ликвидировать результаты перенапряжения и срыва возбудительного и тормозного процессов, приводивших к явлению раздражительной слабости.

Итак, во всех приведенных случаях (а таких в психотерапевтической практике встречается немало) направленное словесное воздействие приводило к устранению возникших нарушений уравновешенности корковых процессов и к возврату корковой динамики, к ее нормальному состоянию.

ГЛАВА IX

ПОДВИЖНОСТЬ ОСНОВНЫХ КОРКОВЫХ ПРОЦЕССОВ

...так как окружающая организм среда постоянно, а часто — сильно и неожиданно колеблется, то оба процесса должны, так сказать, поспевать за этими колебаниями, т. е. должны обладать высокой подвижностью, способностью быстро, по требованию внешних условий, уступать место, давать преимущество одному раздражению перед другим, раздражению перед торможением и обратно.

И. П. Павлов

Как известно, отмечая различные случаи патологии высшей нервной деятельности, И. П. Павлов подчеркивал, что «... можно сделать больным и раздражительный, и тормозной процессы тем, что мы стремительно, без промежутка, меняем тормозное состояние клетки на раздражительное или, наоборот. Это обыкновенно у нас называется сшибкой раздражительного и тормозного процессов». Дальше он пишет, что «... при сшибках могут уцелеть, остаться здоровыми только клетки с сильными основными нервными процессами и специально с большей подвижностью этих процессов»[1]. Возможность переделки условных раздражителей на противоположное значение определяется именно подвижностью нервных процессов. Нужно сказать, что балансирование раздражительного и тормозного процессов, приуроченных к различным агентам, является трудной задачей для нервной системы и стóит большого напряжения. Некоторые участки коры мозга при этом легко могут оказаться «под взаимным натиском» противоположных процессов возбуждения и торможения, непосредственно вызываемых соответствующими раздражениями. Эту мысль И. П. Павлов иллюстрирует таким примером из жизни «... если я, например, чем-нибудь занят, меня направляет известный раздражительный процесс, и если в это время мне скажут: „сделай то-то", мне делается неприятно. Это ведь значит, что сильный раздражительный процесс, который меня занимал, мне надо затормозить и перейти потом к другому». Таким образом, «...вы переживаете,— говорит он,— сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелительно требуют его затормозить. И это

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 434.

часто ведет к нарушению нормальной деятельности нервной системы» [1].

Скорость смены основных процессов (раздражительного тормозным и, наоборот) имеет свой физиологический предел. В условиях нормальной корковой динамики «... как раздражительный, так и тормозной процессы... проделывают по массе больших полушарий известное движение, скорость которого измеряется не только секундами, но и минутами» [2]. Поэтому, если требования жизни превышают естественную для нервной системы скорость движения данных процессов, то это приводит к срыву нервной деятельности, в основе которого лежит именно «перенапряжение подвижности».

Как нам кажется, приводимые ниже наблюдения могут служить иллюстрацией подобного рода нарушений высшей нервной деятельности и эффективности применяемой в этих случаях психотерапии.

1. Больной Т., 40 лет, в апреле 1934 г. госпитализирован с жалобами на приступы плаксивости, тоски, головокружения, болей в конечностях, физическую вялость, общую усталость. Объективно: повышенная потливость, тахикардия (пульс 98 ударов в минуту), дрожание век, симптом Грефе, рефлексы сухожильные и кожные живые, пониженное питание. Органических нарушений не отмечается. Со стороны психики — повышенная эмотивность, склонность к слезам при всяком упоминании о пережитых им событиях.

Заболевание возникло в феврале 1934 г., когда, ведя поезд, он попал в крайне опасное положение, угрожавшее крушением двух пассажирских поездов. Почти неминуемая катастрофа была предотвращена только благодаря тому, что он во-время стал давать тревожные свистки и остановил движение своего паровоза. После этого случая у него возник сильный понос (20—30 раз в сутки), а через две недели появились приступы плача по нескольку раз в день. До поступления в клинику, куда был направлен районным психиатром, лечился амбулаторно, но без результата. До заболевания был здоров, наследственность не отягощена, в детстве развивался нормально, работать начал с 15 лет, был на фронте, где был ранен в предплечье. По возвращении домой обучался слесарному делу. На транспорте работает с 1924 г. (работал смазчиком, слесарем, кочегаром, помощником машиниста и в последние $1\frac{1}{2}$ года — машинистом).

Повидимому, заболевание было следствием не только крайнего перенапряжения обоих корковых процессов, но и сверхтрудного для нервной системы требования быстрой смены одного процесса другим. Все это требовало стремительной и напряженной мобилизации, притом в 1—2 секунды, всех наличных ресурсов и коры, и подкорки.

Проведено семь сеансов психотерапии во внушенном сне, причем внушалось спокойное отношение к пережитому, тем более что не было никаких последствий, уверенность в выздоровлении и в возможности продолжать работу. После 4-го сеанса (через 5 дней после начала лечения) отношение больного к случившемуся изменилось: при упоминании о пережитом оставался спокойным. Результат курса психотерапии вполне положительный; наблюдаемый Т. здоров и работает машинистом. Находился под наблюдением в течение года, рецидивов не было (наблюдение А. Г. Константиновой) [3].

2. Больной С., 26 лет, наследственность не отягощена, астенической конституции, поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на приступы головной боли, неприятные ощущения в спине,

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 264—265.

[2] Там же, стр. 263.

[3] Подробнее см. К. И. Платонов, 1941а.

приступы головокружения, сопровождающиеся «судорогами во всем теле» без потери сознания. Заболел месяц назад после огромного нервного напряжения, когда ему удалось предупредить столкновение поездов. Из рассказа больного и лечившего его врача мы узнали следующее.

В ночь на 13/IX 1930 г. во время движения поезда, когда наблюдаемый С. работал на паровозе, машинист внезапно стал давать тревожные свистки и тормозить. Наблюдаемый С. увидел угрожающую опасность: навстречу мчался оторвавшийся от товарного поезда состав вагонов. Поездной бригаде с участием С. удалось предотвратить почти неминуемое крушение, причем все это произошло при крайнем напряжении и огромном волнении. На 2-й день после случившегося, рассказывая о происшедшем, больной вдруг неожиданно застонал, упал без сознания, в судорогах, выкрикивая: «Спасай!», «Закрой клапан!». В таком состоянии больной был доставлен в железнодорожную поликлинику. Судорожные приступы повторялись один за другим, их можно было купировать лишь сильными окриками больного. Однако, как только больной предоставлялся самому себе, глаза его вновь устанавливались в одну точку, на лице выражался ужас, после чего опять возникали стон, судороги, полная потеря контакта с окружающим. В изредка наступавшие светлые промежутки больной говорил, что перед его глазами рисуются картины крушения. В таком состоянии он находился всю первую половину дня 14/IX.

Когда наступали светлые промежутки, больной упорно не хотел оставаться в поликлинике, отказывался от приема лекарств и стремился домой. Однако восстановления полной ориентировки не было, и во время некоторого улучшения он продолжал находиться в сумеречном состоянии. Наконец, с трудом преодолевая сопротивление больного, его удалось *усыпить внушением. В состоянии гипнотического сна сделано внушение* успокоительного характера, после чего в самочувствии больного наступило улучшение и он был отправлен домой. Однако на следующее утро припадки снова возобновились с той же силой и продолжались в течение 4 суток, несмотря на приемы больших доз бромидов.

На 4-е сутки больной был снова доставлен в поликлинику в таком же тяжелом состоянии, как и в первый раз. На этот раз его удалось сразу глубоко усыпить и внушить ему успокоение, забвение пережитого и длительный сон-отдых. После пробуждения больной был спокоен, вполне ориентировался в окружающем. Выписан в хорошем состоянии. Через 2 дня явился на прием самостоятельно, число припадков уменьшилось (до 5 в день). Был проведен еще один сеанс внушения в глубоком внушенном сне, после чего количество припадков снизилось до одного в 3 дня. Наконец, после 6-го сеанса припадки прекратились совершенно.

В дальнейшем в течение 2 месяцев сеансы гипносуггестивной терапии проводились изредка, причем за это время у него было всего лишь два припадка. Так как припадки все еще повторялись, больной был направлен в стационар, где было сделано соответствующее внушение во внушенном сне: «Спокойно относиться ко всему, что связано с поездами и паровозами». За время пребывания в стационаре было проведено шесть сеансов психотерапии, в результате чего приступы, слабея и становясь реже после каждого сеанса, постепенно прекратились. Из стационара выписан на прежнюю работу помощника машиниста. В дальнейшем выдержал экзамен на машиниста. Находился под наблюдением в течение 3 лет, работал на паровозе (наблюдение А. Г. Константиновой).

Оба приведенных примера чрезвычайно сходны и по травмировавшей психику ситуации, и по механизму срыва, возникшего вследствие острого перенапряжения подвижности обоих корковых процессов. Мы намеренно привели оба случая с тем, чтобы показать, что сходная ситуа-

ция приводит к идентичной картине невротического состояния. Психотерапия также привела к идентичным результатам: в обоих случаях имело место полное устранение последствий острого перенапряжения обоих корковых процессов и их подвижности. Психотерапия привела к быстрому восстановлению работоспособности обоих пострадавших лиц.

И. П. Павлов отмечал, что «... трудная встреча, необычное сопоставление в отношении ли времени, или интенсивности, или того и другого вместе, двух противоположных процессов — раздражения и торможения,— ведет к длительному нарушению нормального баланса между ними»[1]. Если в коре возник сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелительно требуют его затормозить, это «отзывается болезненно» на всей деятельности мозга, нередко приводя к длительному ее нарушению. Приводимые ниже клинические примеры хронического перенапряжения подвижности могут иллюстрировать сказанное и показать эффективность проводимого словесного внушения.

1. Больной К., 23 лет, летчик-испытатель, сделавший 381 полет, многократно премированный и имеющий за два года службы 14 благодарностей. Повидимому, относится к сильному и уравновешенному типу нервной системы (сангвиник), наследственность не отягощена. Однако обстоятельства его жизни и работы сложились крайне неблагоприятно для него. Больной К. был старшим сыном в материально не обеспеченной семье, забота о которой целиком лежала на нем, так как не было матери и отца (семья состояла из 12 человек). Однако из-за условий службы, связанной с частыми вылетами, иногда на длительные сроки, он был лишен возможности быть часто в своей семье. В силу этого, выполняя в крайне напряженных условиях работу летчика-испытателя, он постоянно беспокоился о бытовых нуждах и заботах своей семьи. Сталкиваясь с рядом бытовых трудностей, он в то же время не мог освободиться от неотложных забот, о поручаемых ему на службе технически сложных для него, молодого специалиста, заданий. Это было связано не только с необходимостью их тщательного напряженного продумывания, но и с проделыванием ряда сложных и ответственных подготовительных проверочных испытаний. В силу этого создались условия постоянного столкновения в коре его мозга двух взаимоисключающих, притом крайне напряженных, раздражительных процессов, каждый из которых имел доминантный характер.

На почве перенапряжения возникло невротическое состояние, сопровождавшееся крайней раздражительностью, нарушением ночного сна, быстрой утомляемостью, вялостью, забывчивостью, головными болями. За полгода потерял в весе 7 кг. Как на работе, так и в семье, стал груб и несдержан. В 1926 г. по вине больного произошла авария, которая могла кончиться для экипажа самолета гибелью. После этого случая К. решил обратиться к врачу.

Врачебной комиссией назначена психотерапия. Диагноз: неврастения. Проведен сеанс успокаивающего и ободряющего внушения в дремотном состоянии с последующим внушенным сном-отдыхом в течение одного часа. Это восстановило хорошее самочувствие и крепкий ночной сон. В дальнейшем было проведено еще шесть сеансов внушения во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха. Внушалось: «Прежнее спокойствие и уверенность в себе к вам вернулись; вы попрежнему можете хорошо владеть собой, вы хорошо умеете сосредоточивать свои силы и отлично выполнять поручаемые вам

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 285.

на работе задания. Вы можете обеспечить благополучие своей семьи: одно другому больше не мешает!» Лечение вернуло больному его прежнее хорошее самочувствие, силы и уверенность в себе: «Я стал совершенно неузнаваем как для товарищей, так и для домашних!» — говорил он. Находился под нашим наблюдением в течение 5 лет. Был здоров и успешно продолжал сложную работу летчика-испытателя.

Как мы видим, в данном случае длительное перенапряжение подвижности основных корковых процессов привело к срыву тормозного процесса. Путем словесных внушений соответствующего содержания, сделанных во внушенном сне, а также последующих сеансов и длительного внушенного сна-отдыха это состояние удалось полностью устранить.

2. Больной К., 49 лет, обратился с жалобой на своеобразное, крайне мучительное состояние, непреодолимо возникающее у него, если он во время чтения лекции неожиданно для себя вдруг обнаруживает присутствие среди слушателей какого-либо совершенно неизвестного ему лица. У него тотчас же начинается усиленное сердцебиение, на лбу выступает пот, возникает состояние растерянности, ход мыслей путается и он «начинает комкать хорошо известный ему материал лекции», а иногда «оказывается вынужденным прервать ее задолго до звонка».

Больной отмечает, что в течение всей своей жизни он отличался крайней впечатлительностью и тревожным характером. Он указывает, что после заболевания он стал замечать также «непреодолимый панический страх», который начинает охватывать его обычно недели за две до предстоящей первой лекции в каждом новом учебном году. Вследствие этого он испытывает приступы учащенного сердцебиения, плохо ест, плохо спит, мучительно переживая мысль о том, что предстоящая лекция будет читаться им перед неизвестной ему новой аудиторией. В то же время за содержание самой лекции вполне спокоен (его лекционный стаж в вузе 19 лет), пугает же самая встреча с новой аудиторией. В последующие лекции этого уже не наблюдается: его страх и состояние тревоги после первой лекции быстро бледнеют и исчезают, свой дальнейший курс он ведет уже совершенно спокойно.

Больной обратился к нам с просьбой избавить его от этих «крайне тяжелых и мучительных состояний», так как все это, с каждым годом усиливаясь, «вынуждает его прекратить педагогическую работу».

По словам больного, заболевание возникло в 1946 г., после остро пережитого им однажды крайне сильного волнения, когда он во время своей первой лекции в данном учебном году внезапно заметил сидевших в аудитории среди слушателей трех незнакомых ему лиц, что-то усиленно записывающих. Это его крайне взволновало. Ему было известно, что в институте работает проверочная комиссия. Крайняя тревожность и мнительность тотчас же вывели его из равновесия. Продолжая чтение лекции, он в то же время мучительно силился вспомнить: «не сказал ли я что-нибудь не так?» А когда, на короткий момент повернувшись к доске и взяв мел, он попытался быстро воспроизвести в своей памяти все сказанное им на этой лекции, у него внезапно появилось легкое головокружение, причем «стал весь мокрый», мысли его «стали разбегаться» и ему стоило огромного труда вновь продолжать лекцию. Во время перерыва между лекциями был растерян, его «продолжала мучить мысль, что они записали?».

После разъяснительной беседы, раскрывшей больному механизм возникшего у него функционального нарушения и укрепившей у него веру в успехе предстоящего гипносуггестивного лечения, было проведено шесть сеансов психотерапии, причем первые два в дремотном состоянии, а последующие — во внушенном сне. Внушалось: «Спокойствие, полное безразличие к пережитому на лекции, уверенность в себе во всех случаях

лекционной работы, проводимой в присутствии посторонних лиц». Это полностью вернуло больному прежнее самообладание, восстановило веру в свои силы и устранило все тревожившие его симптомы. Положительный катамнез 4 года (наблюдение Е. С. Каткова).

Как мы видим, в данном случае у лица, относящегося, повидимому, к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, в одно и то же время создалось два сильных конкурирующих раздражительных процесса, один из которых был обусловлен внезапно возникшей упорной мучительной мыслью: «что они записали?», в то время как другой был связан с необходимостью ни на минуту не прерывать начатой лекции. Таким образом, здесь возникли условия для острого перенапряжения подвижности основных корковых процессов преимущественно в сфере второсигнальной деятельности. Столкновение обоих доминантных процессов, каждый из которых создавал зону отрицательной индукции, препятствующую развитию другого процесса, привело в конечном итоге к срыву высшей нервной деятельности.

Соответственно направленным терапевтическим словесным воздействием было изменено отношение больного к травмировавшей его психику ситуации и сняты неблагоприятные последствия пережитого им острого перенапряжения подвижности нервных процессов.

Далее мы можем отметить возможность устранения путем соответствующего словесного воздействия патологической инертности как раздражительного, так и тормозного процесса. Как известно, инертность корковых процессов также возникает в результате перенапряжения их подвижности. Случаи патологической инертности тормозного процесса наблюдаются, например, при развитии некоторых фобий (навязчивых страхов).

3. Больной Ф., 21 года, обратился с жалобой на боязнь высоты, возникшую у него 2 года назад после того, как, поднявшись по лестнице на 6-й этаж, он заглянул в пролет лестницы вниз. При этом он тотчас же почувствовал непреодолимое желание броситься в пролет лестницы. От этой ужасной мысли у него возникло учащенное сердцебиение, все тело покрылось потом. Продолжая испытывать пережитое им чувство страха, спустился вниз. С тех пор испытывает страх и при переходе по мосту: его так же «тянет броситься с моста вниз».

Отмечает, что с малых лет был мнительным и боязливым. В 7-летнем возрасте боялся один спать на постели, в более старшем возрасте страдал боязнью заболеть разными болезнями и другими навязчивыми мыслями преимущественно ипохондрического характера, а также вялостью, снижением общей активности.

Проведена психотерапия в дремотном состоянии, что дало положительный результат. Однако 2 года спустя, в связи с тем что больной был вынужден переходить по мосту через реку, страх высоты возобновился. После нескольких разъяснительных бесед и императивно сделанных в бодрствующем состоянии внушений ему было предложено тренировать свою нервную систему путем более частых переходов через мосты, а также подъемов на лестницы. После этого весь комплекс фобий исчез, трудоспособность восстановилась, больной успешно окончил техникум.

В данном случае путем словесного воздействия была устранена патологическая инертность тормозного процесса. Таким образом, мы видим, что словесное воздействие помогло изменить отношение больных к той ситуации, которая вызвала у них в прошлом острое перенапряжение подвижности. Все это говорит о том, что путем словесного воздействия можно изменять в известных пределах также и подвижность основных корковых процессов, составляющую, как мы знаем, один из трех важных параметров типа нервной системы.

ГЛАВА X

КОРКОВАЯ СТЕРЕОТИПИЯ

На большие полушария как из внешнего мира, так и из внутренней среды организма беспрерывно падают бесчисленные раздражения различного качества и интенсивности... Все это встречается, сталкивается, взаимодействует и должно, в конце концов, систематизироваться... В окончательном результате получается динамический стереотип, т. е. слаженная, уравновешенная система внутренних процессов.

И. П. Павлов

Переходим к рассмотрению весьма обширного круга явлений, связанных с формированием корковых динамических стереотипов.

В коре мозга в течение повседневной ее деятельности происходит беспрерывное систематизирование процессов, выражающееся в определенном распределении раздражительных и тормозных состояний, которые при однообразно повторяющейся обстановке фиксируются, совершаясь все легче и автоматичнее. Таким образом, получается динамический стереотип, поддержка которого требует все меньшей и меньшей затраты нервного труда. Стереотип становится косным, часто трудно изменяемым, трудно преодолеваемым новой обстановкой, новыми раздражениями.

Запечатлевая жизненный опыт, корковые динамические стереотипы с годами обычно обнаруживают склонность к прочной фиксации, в силу чего они сохраняются в течение весьма длительного времени. Формируясь в онтогенезе, в условиях повседневного уравновешивания организма и среды, эти стереотипы представляют в известной мере основу человеческой личности, обычно весьма стабильную по форме и динамичную по содержанию.

Нас интересует также вопрос, возможно ли путем словесного воздействия в состоянии бодрствования или во внушенном сне устранять последствия ломки динамического стереотипа, изменять его характер, если он уже не отвечает внешним условиям, и, наконец, содействовать формированию нового динамического стереотипа в соответствии с новыми жизненными условиями.

Ответ на эти вопросы, несомненно, имеет не только большой теоретический интерес, но и важное значение для лечебной медицины.

Итак, если динамический стереотип, т. е. «слаженная уравновешенная система внутренних процессов», оказался хорошо зафиксировавшимся, то отмена его и выработка нового стереотипа представляет для нервной системы трудную задачу, которая ведет к полному временному прекращению условнорефлекторной деятельности. Как показали эксперименты И. П. Павлова на собаках, задача настолько трудна, что выдержать испытание мог только сильный нервный тип.

Может ли на помощь больному притти в таком случае «внушающее слово» врача в виде психотерапии соответствующего содержания?

На этот вопрос могут дать ответ следующие примеры, взятые из нашей амбулаторной и клинической психотерапевтической практики. Начнем с иллюстрации устранения внушением последствий ломки динамического стереотипа.

1. Больной З., 62 лет, обратился к нам с жалобами на возникшую у него 3 года назад боязнь выходить на сцену и забыть текст исполняемой роли. Такая забывчивость во время игры на сцене, действительно, неоднократно возникавшая, породила у него чувство неуверенности в себе, сопровождающееся «внутренней дрожью» и навязчивой мыслью во время исполнения роли: «вот сейчас забуду!» Все это происходило только в определенных местах второй и четвертой картины одной и той же пьесы в роли, исполнявшейся им до того около 650 раз с неизменным успехом, без какой-либо забывчивости или волнения. Вначале, по словам больного, все это происходило так: «Вдруг выпадает текст, и я не могу его схватить, в мозгу после последней реплики — полный провал». Теперь несколько иначе: «Текст выпадает, но я уже могу заполнить это место своими словами». Однако в день спектакля уже с утра «преследует неотступная мысль о возможности забыть текст».

Причину возникновения этих явлений больной связывает с теми переживаниями, которые возникли вследствие ~~своеобразного исполнения~~ резкого изменения его роли на сцене. Критика со стороны дирекции требовала переделки образа изображаемого им действующего лица. Вынужденное признание своей ошибки вызвало у него бурные переживания. Поэтому необходимая переделка исполняемой им роли была выполнена с большим трудом. После этого и начались выпадения реплик в тех именно местах текста, где шла речь о новом их толковании. Первый такой «провал» текста его сильно взволновал и смутил: уже во время самого исполнения роли «сильно ударило в голову, почувствовал прилив жара к голове и выступивший пот». В следующие 3 дня исполнение той же самой роли произошло «с такими же точно выпадениями текста, в тех же местах пьесы». В дальнейшем это явление стало возникать не при каждом исполнении этой роли. Но за последний год оно вновь стало повторяться особенно часто, что и вынудило больного обратиться к врачу. В амбулаторных условиях было проведено шесть сеансов мотивированного внушения в дремотном состоянии. Это дало положительный результат: неуверенность в себе и навязчивые мысли исчезли, с исполнением роли в трудных для него местах стал справляться успешно, без «провала» реплик.

Как известно, И. П. Павлов отмечал, что включение новых раздражителей, особенно «сразу в большом количестве», или же перестановка местами многих старых раздражителей «есть большой нервный процесс, труд, для многих нервных систем непосильный, кончающийся банкротством системы и выражающийся отказом на некоторое время от нормальной деловой работы», в то время как «колебания в установленных границах этой системы — относительно легкое дело»[1].

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 318.

Приведенный выше пример представляет именно такой случай «банкротства нервной системы», происшедший вследствие ломки старого динамического стереотипа. Напомним, что данная роль исполнялась больным, до ее ломки, около 650 раз, т. е. стереотип был чрезвычайно прочно зафиксировавшимся.

2. Больная Ш., 28 лет, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, частые обмороки, иногда реактивные судорожные припадки с потерей сознания, на расстройство сна, потерю трудоспособности и интереса к жизни, слезливость. Ранее считала себя вполне здоровой, была работоспособна, уравновешена, отличалась твердым характером. Наследственность не отягощена. Руководила в течение нескольких лет в крупном комбинате работой большой группы бухгалтеров.

Заболела 6 месяцев назад, после внезапной трагической смерти мужа, с которым прожила 8 лет и которого, по ее словам, «безумно любила». В течение 6 месяцев у нее возникали галлюцинации: оставаясь в комнате одна, видит мужа, слышит его голос, беседует с его портретом. Гипнагогические галлюцинации такого же содержания, все время продолжает видеть мужа во сне. Иногда все это сопровождается истерическими рыданиями, заканчивающимися судорожными приступами с потерей сознания.

Двухмесячное пребывание в санатории и лечение не дали эффекта, так же как и курс электротерапии. Попрежнему продолжаются галлюцинации, разговоры с портретом мужа, бессонница. Диагноз: реактивный истероидный невроз.

В дальнейшем была применена психотерапия. Больная оказалась хорошо гипнабильной, на протяжении 3 недель в амбулаторных условиях проведено восемь сеансов психотерапии во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного отдыха во внушенном сне. Отмечено, что после каждого сеанса патологические симптомы ослабевали, а после 5-го сеанса исчезли совершенно. Тем не менее было проведено еще три дополнительных сеанса, после чего самочувствие больной стало хорошим, она начала работать, в то время как со дня смерти мужа была на инвалидности.

Через 4 года сообщила, что все это время чувствует себя хорошо, вполне уравновешена, работает (бухгалтером расчетной части), попрежнему руководя группой бухгалтеров, умеет себя сдерживать, отмечает, что «воля окрепла». Еще через 5 лет, явившись в диспансер, сообщила о «полном благополучии и здоровье» и о том, что «стойко перенесла трудности эвакуации». Как мы видим, здесь у человека, относящегося, вне сомнения, к сильному и уравновешенному типу нервной системы, произошла ломка, прочно зафиксировавшегося в течение ряда лет динамического стереотипа, обусловленная внезапной утратой близкого человека.

Именно такого рода случаи и имел в виду И. П. Павлов, говоря: «... мне кажется, что часто тяжелые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке верований, имеют свое физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудности установки нового»[1]. В другом месте он отмечает, что «... отдельные истерические реакции как общефизиологические при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов...»[2].

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 399.

[2] Там же, стр. 383.

В данном случае психотерапия (восемь сеансов в состоянии внушенного сна с последующими одночасовыми сеансами внушенного отдыха во внушенном сне) с внушением «забвения» переживаний после утраты и спокойного отношения к ней устранила последствия ломки прежнего стереотипа и создала условия для нормального отношения к новым условиям жизни и выработки новых динамических стереотипов.

Итак, сложившийся и упрочившийся, т. е. сделавшийся привычным, уклад жизни со временем фиксируется настолько, что нередко человек может изменять его лишь с большим трудом. В силу этого может создаться положение, при котором необходима соответствующая психотерапевтическая помощь. Приводимые ниже примеры показывают, в какой мере словесное внушение может помочь снятию такого упрочившегося «неустранимого» динамического стереотипа.

1. Больная С., 27 лет, обратилась к нам с жалобами на снижение интереса к жизни, тревожное состояние, тоску, потерю аппетита, нарушение сна. Поводом к этому послужило то обстоятельство, что в течение последних недель она стала замечать охлаждение к ней человека, которого сильно любила и с которым, по ее словам, «два года прожила душа в душу». Оставшееся у нее неизменным большое чувство и сильная привязанность к нему заставляли ее сильно страдать. Тем не менее из самолюбия С. решилась на полный разрыв с ним, причем «разум говорил одно, а чувство — другое». Вследствие этого невротическое состояние углублялось и она обратилась за помощью к врачу.

Рассказав о создавшемся положении, она призналась, что шла к нам «с весьма малой надеждой на получение облегчения: казалось невозможным вырвать то сильное чувство привязанности и любви, во власти которого находилась около двух лет». Первый сеанс психотерапии, проведенной нами в дремотном состоянии, ею описывается так: «Я не спала, но чувствовала какую-то приятную тяжесть во всем теле. Отяжелели веки, руки и ноги, но мысли мои работали и я слышала все, что мне внушалось». Тем не менее, придя на следующий день на второй сеанс, она заявила, что к ее удивлению «наступило общее успокоение и вполне явно ощущаемое облегчение»: спала ночью хорошо, мысли о нем хотя и были, но уже ее не трогали, и она «впервые утром поела без принуждения».

Во время второго сеанса больная также «испытывала полное душевное и телесное спокойствие», причем после сеанса в течение всего дня спокойствие сохранялось, и даже к неоднократным встречам с ним на службе отнеслась без всякого волнения. Вынужденных мыслей о прошлом уже не было. Несколькими днями позже было проведено еще два сеанса, причем во время 3-го сеанса больная испытывала то же состояние приятного отдыха, а после 4-го сеанса больная сообщила нам, что, несмотря на ежедневные встречи с ним на службе, ее это «совершенно не волнует», а в его отсутствие «мысли о нем совершенно не приходят в голову».

Дальше произошел следующий эпизод: ее перевели на работу в ту комнату, в которой работал и он. К своему удивлению, она на это никак не реагировала: «Вот уже 3-й день я работаю с ним в одной комнате совершенно спокойно, будто я его никогда не любила».

Неделю спустя был проведен 5-й, последний, сеанс. Уходя, больная сообщила, что «сохраняет полное спокойствие, полностью работоспособна, вполне уверена в себе», что эти пять сеансов дали ей то, к чему она стремилась (наблюдение И. Н. Мураховской).

2. Больная С., 31 года, явилась в сопровождении мужа с жалобами на тревожно-угнетенное состояние, боязнь оставаться одной дома, отсутствие интереса к окружающему. Стала мнительной, испытывала навязчивый страх умереть ночью от паралича сердца («уснуть и не проснуться»).

В дальнейшем страх смерти сменился боязнью ослепнуть: «ощущаю давление в области глаз». Последние 3 месяца боится сойти с ума, что порождено ощущением давления в области темени. Отмечается расстройство сна, отсутствие аппетита. За последние 5 месяцев потеряла в весе 15 кг (до заболевания весила 92 кг). Начало заболевания относит к тому времени, когда 9 месяцев назад переехала со своей семьей из города, в котором родилась и прожила всю свою жизнь, в другой город (в связи с переводом мужа). Переезд восприняла как «большое и сложное событие, сломавшее ее жизнь». В течение 9 месяцев не может примириться с жизнью на новом месте и с происшедшей, неприемлемой для нее ломкой бытовых условий. До заболевания (с ее слов и слов мужа) была вполне здорова, активна, бодра и жизнерадостна. Наследственность не отягощена.

Проведено несколько сеансов словесного внушения (первые сеансы — в бодрствующем состоянии, последние — в состоянии внушенного сна), полностью устранившего весь сложный патологический синдром: новое место жительства уже не стало ей казаться «неприятным» и «чуждым», стала обзаводиться хозяйством, забыла все свои страхи. Катамнез положительный 2 года.

Таким образом, и в данном случае имелась картина прочно зафиксировавшегося динамического стереотипа, связанного с привычной жизненной ситуацией, от последствий ломки которого нервная система больной, характеризующаяся инертностью нервных процессов, самостоятельно освободиться не могла. Это привело к возникновению сложного невротического патологического синдрома.

Отмечая, что корковая стереотипия при определенных условиях приобретает значительную устойчивость, И. П. Павлов приводит случай, когда один из студентов, обнаружив, что избранная им специальность не отвечает сложившимся у него жизненным интересам, впал в состояние глубокой меланхолии, вплоть до настойчивых попыток к самоубийству. Был избавлен от этого состояния благодаря энергичному содействию двух его товарищей, почти насильно заставивших его переменить специальность, после чего его настроение стало заметно изменяться, поправляться и, наконец, он пришел в полную норму. Найдя в этой новой специальности предмет своих исканий, он в дальнейшем, по свидетельству И. П. Павлова, всю свою жизнь оставался нормальным.

Д. М. Гастев (Ленинградская клиника неврозов имени И. П. Павлова, 1938) приводит ряд наблюдений, когда рациональная психотерапия в виде разъяснения в бодрствующем состоянии больного сущности переживаемых им явлений привела к успеху. Последние были обусловлены несоответствием между изменившейся средой и корковым динамическим стереотипом самого больного.

Итак, на основе всего изложенного мы можем притти к выводу, что при невротических заболеваниях, обусловленных нарушениями корковой динамической стереотипии, существенное значение принадлежит психотерапии. Она может быть применена в виде рациональной психотерапии (наблюдения Д. М. Гастева) или же в виде суггестивной терапии во внушенном сне. Как показывает опыт, последнее необходимо в тех случаях, когда психотерапия в бодрствующем состоянии эффекта не дает.

Следует отметить, что внушение словом в наших случаях оказывалось патогенетически вполне правильным: оно устраняло патологически прочно зафиксировавшиеся динамические стереотипы, утратившие свою социальную значимость, открывая тем самым возможность образования новых корковых динамических структур.

ГЛАВА XI

СЛЕДОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В КОРЕ МОЗГА

Что наше исследование высшей нервной деятельности идет по верному пути, что мы точно констатируем явления, ее составляющие, и что мы правильно анализируем ее механизм,— самым ярким образом доказывается тем, что мы теперь можем во многих случаях функционально воспроизводить с большой точностью хронические патологические ее состояния и вместе с тем потом, по желанию, восстановлять норму.

И. П. Павлов

Кора головного мозга, осуществляя аналитико-синтетическую деятельность, закрепляет временную последовательность всех протекающих в ней процессов, сохраняя возможность воспроизводить их в дальнейшем, при соответствующих условиях. На этой именно основе и осуществляется, как известно, функция памяти — процессы запоминания и воспоминания всего происшедшего в прошлом в их прямой последовательности и связи.

Эта особенность коры головного мозга свидетельствует о том, что вся высшая нервная деятельность проникнута принципом историчности, представляющим основную характерную черту всей павловской рефлекторной теории.

При этом, как отмечает К. М. Быков (1947а), «... фиксирование корой мозга последовательности событий имеет огромное значение для жизни организма, ибо позволяет при определенных обстоятельствах повторить имевшую место в прошлом цепь событий (разрядка наша.— *К. П.*).

Путем словесного воздействия, примененного во внушенном сне, такого рода воспроизведение элементов прошлого опыта коры мозга оказывается вполне осуществимым.

Всем знакомым с литературой по гипнозу и внушению известно, что гипнабильному взрослому человеку, находящемуся в состоянии внушенного сна, достаточно сделать внушение, состоящее всего лишь из пяти слов: «Сейчас вам 6 лет, проснитесь!», чтобы он после пробуждения воспроизводил в мельчайших деталях все особенности, присущие внушенному возрасту. При этом изменения распространяются на все стороны высшей нервной деятельности, относящиеся как к кругу представлений,

эмоций, отношению к окружающему, так и к интонациям его голоса, характеру речи, почерка, рисунков и других проявлений поведения.

Вполне естественно, что при наблюдении такого рода явлений всегда возникал вопрос: что это за воспроизведение, действительное оно или же искусственное?

Доказательства возможности оживления прошлого опыта человека в различном возрасте и во всех подробностях мы видим в основных закономерностях физиологии высшей нервной деятельности. Как известно, согласно учению И. П. Павлова, кора мозга представляет мозаичную картину возбужденных и заторможенных участков, динамических структур, находящихся в большей или меньшей готовности к деятельности. В этих условиях всякое действующее на кору раздражение, связываясь со следами прежних раздражений, может оживить огромный комплекс цепных рефлексов, с которыми в прошлом оно было как-либо связано. Особую активность в этом отношении может получать именно словесный раздражитель, могущий вызывать к жизни самые разнообразные и сложные реакции. Как хорошо известно и эмпирически доказано, одно слово нередко вызывает очень много воспоминаний.

На основании этих соображений и экспериментальных данных мы можем утверждать, что при внушении прошлого возраста может происходить действительное репродуцирование прежних динамических структур, относящихся к соответствующему, более раннему периоду жизни. Это может происходить наиболее легко именно в условиях внушенного сна, с остающимся незаторможенным одним ограниченным бодрствующим участком (зона раппорта). При этих условиях мы имеем возможность *направить* деятельность коры мозга, оживляя в ней нужные нам динамические структуры.

Ряд исследований в этом направлении был проведен нами (К. И. Платонов и Е. А. Приходивный) в 1930 г. В нашу задачу входило осветить лежащие в основе этих явлений физиологические механизмы с позиций учения И. П. Павлова. Несколько позднее аналогичные исследования, но с более глубоким анализом были проведены А. О. Долиным (1933), а также Ф. П. Майоровым и М. М. Сусловой (1947, 1951). Как отмечает А. Г. Иванов-Смоленский (1952), путем внушения, возвращавшего человека на определенные возрастные этапы пройденного им жизненного пути, изучается «запечатленный в мозговой коре индивидуальный опыт личности».

Данные этих исследований говорят о том, что легче воспроизводятся возрастные состояния, пережитые исследуемым в недавние годы, а труднее — относящиеся к более отдаленному периоду его жизни. Таким образом, многие исследования свидетельствуют о восстановлении целостных корковых динамических структур, относящихся к отдельным возрастам, со всеми их особенностями.

Следует отметить, что внушение в форме: «Вам столько-то лет!» является методически неправильным. Таким путем легко может быть вызван отрыв корковой деятельности от действительности (что, как известно, с неизбежностью возникает в случаях внушения возраста, еще не пережитого, например, при внушении 20-летнему, что ему 40 лет). Поэтому при таких исследованиях мы предпочитаем называть не возраст, а конкретную дату, с которой у исследуемого были связаны в прошлом те или иные переживания. Такой методический прием способствует направлению корковой деятельности исследуемого на путь воспроизведения прошлых динамических структур, препятствуя развитию условнорефлекторной деятельности по элементарному механизму подражания.

Нет сомнения в том, что состояние внушенного сна, при котором создается достаточно глубокая расчлененность коры мозга на отделы сна

и бодрствования, действительно, облегчает воспроизведение следов прошлого, направляемое соответствующими внушениями словом. К этому в основном и сводится, по мнению Ф. П. Майорова и М. М. Сусловой, первый механизм так называемого перевоплощения в гипнозе.

Произведенные нами и рядом авторов наблюдения над больными с внушением пережитых ими различных возрастных состояний помогли нам впервые (1925а) познакомиться с возможностью репродуцирования прошлых патологических синдромов у одного из наших больных. Нужно отметить, что мы исходим из предположения о динамической природе неврозов, так же как и самих истерических явлений. Переходим к нашим наблюдениям.

1. Больной Ш., 35 лет, страдал «командными» припадками, сопровождавшимися потерей сознания и стойким правосторонним гиперкинезом, возникшим и зафиксировавшимся после тяжелой контузии. Гиперкинез выражался в форме ритмических клонических судорожных подергиваний правых конечностей (верхней и нижней), при более ярко выраженных сокращениях мышц лица и правой руки, продолжавшихся в течение 4 лет. Больной оказался хорошо гипнабильным, и его в свое время удалось очень быстро избавить от этих патологических состояний.

Несколькими месяцами позже, когда он был уже вполне здоров, мы испытали состояние компенсаторной способности коры мозга, а также проверили степень стойкости закрепившихся у него эффектов психотерапии. Путем соответствующего внушения во внушенном сне мы «перенесли» его в прошедшие годы жизни. Внушение детского возраста реализовалось очень хорошо. Переводя его, таким образом, из года в год, мы дошли до периода его болезненного состояния. У него возникла картина прошлого патологического синдрома с ярко выраженным гиперкинезом, с соответствующей мимикой, общим внешним обликом и всем поведением: перед нами был прежний больной.

В дальнейшем, вызывая косвенным внушением такое репродуцированное патологическое состояние, мы убедились, что длительность его могла быть различной: от нескольких минут до нескольких часов. Нам всегда удавалось констатировать наличие всех прежних патологических симптомов, вплоть до одностороннего отсутствия всех видов поверхностной и глубокой чувствительности. После снятия этого состояния (путем соответствующего обратного внушения во внушенном сне) весь этот синдром исчезал, не отражаясь на самочувствии после выхода из гипноза.

Позднее еще одно повторное наблюдение было нами произведено при случайной встрече с ним через 9 лет после его выздоровления: приведя его в гипноидное состояние, мы внушили лишь: «Сегодня день вашего первого обращения к нам, проснитесь!» — и весь патологический синдром оказался после пробуждения налицо. И так же путем соответствующего словесного внушения обратного значения весь синдром был нами снова устранен.

Следует подчеркнуть, что воспроизведение патологического симптомокомплекса во всех случаях осуществлялось не путем прямого внушения, а косвенным путем, называнием той даты, когда началось заболевание.

Мы решили провести аналогичные наблюдения и на другом нашем больном, история болезни которого приводится ниже. У него в гипнозе наблюдалась сомнамбулическая фаза. Он быстро засыпал после однократной словесной инструкции: «Спать!» и во внушенном сне на внушения соответствующего содержания давал очень живые реакции. У него также легко удавалось воспроизведение возраста в сторону детства,

а также реакции со стороны мышечного тонуса желудка на внушенные эмоции.

2. Больной Р., 37 лет, явился 20/XII 1929 г. в состоянии повышенной раздражительности, причем по ничтожному поводу был аффективен, груб и агрессивен, требуя немедленного приема. Ходил, опираясь на палку, походка мозжечково-атактического типа. В первые дни пребывания в стационаре настроение подавленное, угрюм, молчалив, на окружающих не обращает внимания, ходит с потупленным блуждающим взором, с постоянным скрежетом зубов и подергиванием мышц правой половины лица, шеи и надплечья. С другими больными в контакт не входит. Малейший стук или шум вызывает у него вздрагивание, общее раздражение, плач, переходящий в рыдание. Предъявляет жалобы на тяжелое состояние внутренней тревоги и тоски. Исследованию надоступен, при легком прикосновении к нему у него появляется общее дрожание. На вопросы не отвечает или отвечает грубо, прося «отстать» от него, так как «и так тяжело». Произвести соматическое исследование не представлялось возможным, попытки исследовать рефлексы и болевую чувствительность вызывали ряд общих двигательных защитных реакций с выражением испуга на лице и со слезами на глазах. Если же удавалось нанести удар молоточком по коленной связке или нанести укол, то появлялась разлитая двигательная реакция, плач, гипергидроз на лице и шее, учащение пульса. При попытке собрать анамнез и познакомиться с прошлым слова «крушение», «поезд» и т. п. вызывали слезы, судорожные подергивания лицевых мышц. Настроен враждебно против врачей и вообще против медицины, не помогавшей ему выздороветь. В течение ближайших 3—4 дней отмечен плохой сон (1—2 часа в течение ночи), зрительные галлюцинации, воспроизводившие перенесенные в прошлом психические травмы. Больной пытался затянуть шею полотенцем, наблюдались короткие приступы дезориентированности: ему казалось, что он находится в тюрьме, причем проявлялось настойчивое желание уйти из стационара. Иногда, теряя контакт с окружающим, видел перед собой зимние пейзажи и стремился итти туда. Однако при попытке подняться с места, чтобы итти, тотчас же приходил в себя. Когда наступал период относительного спокойствия, больной мог отвечать на некоторые вопросы. Тогда от него удавалось получить отрывочные сведения, он обнаруживал правильную ориентировку во времени и месте. Жаловался на тяжесть своего состояния, на тоску и приступы влечения к самоубийству и просил прятать от него полотенце, пояс, и т. п. Считал себя больным, выражал желание выздороветь, но отмечал, что «вот уже несколько лет мне все хуже и хуже» (рис. 58).

Принимая во внимание истерический характер всего синдрома, мы решили прибегнуть к гипносуггестивной терапии как вспомогательному средству для успокоения нервно-психической сферы. Попытка усыпить словесным внушением удалась — через несколько минут больной заснул. Был сделан ряд внушений успокоительного характера и был дан 15-минутный внушенный сон-отдых. Этот сеанс резко изменил состояние больного к лучшему, и вопрос о переводе его в психиатрическую больницу отпал. По мере улучшения его состояния удалось, наконец, собрать сведения о прошлом.

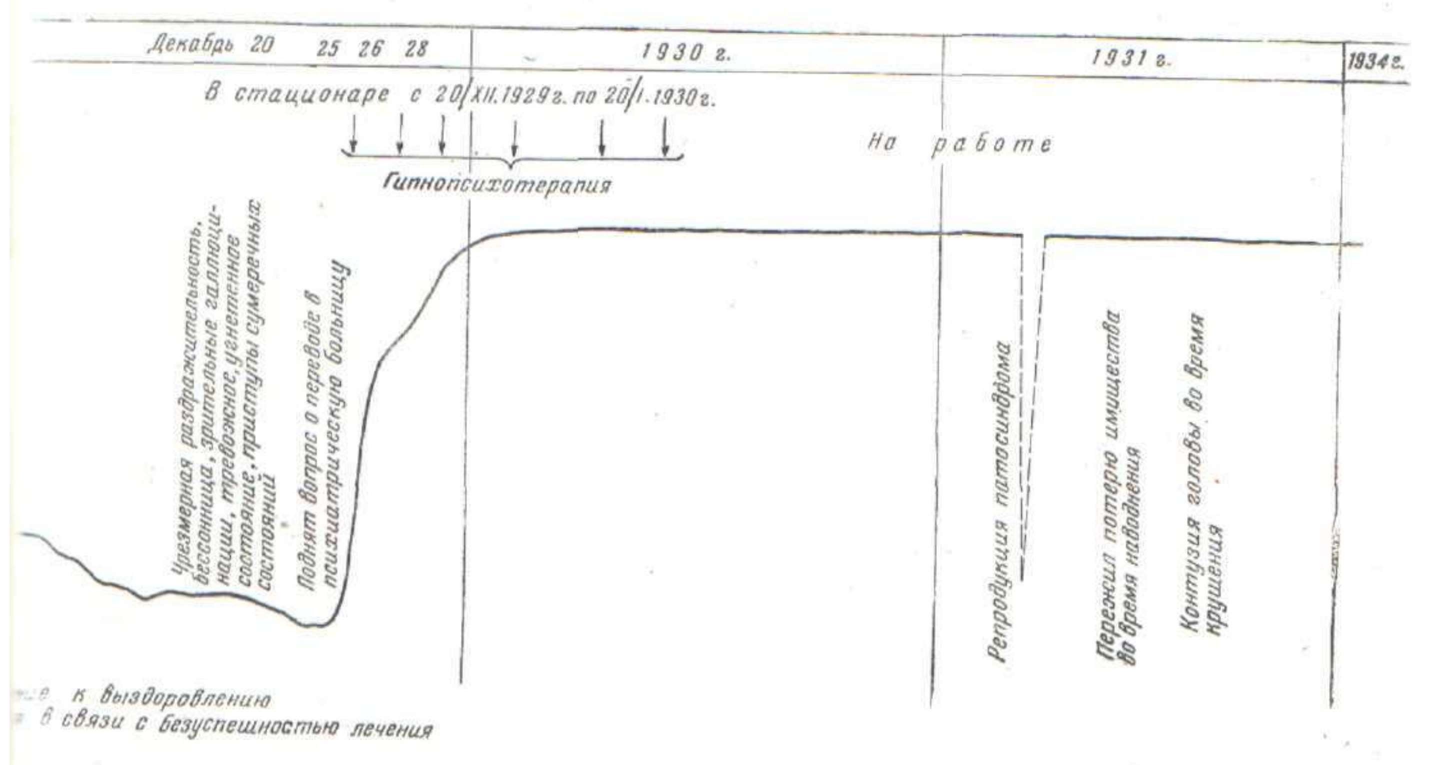
В 1918 г. он был арестован петлюровцами и в 1919 г. был под угрозой расстрела, после чего возникла повышенная раздражительность. В 1922 г. в течение одного месяца перенес смерть жены и двоих детей. В 1923 г. было крушение поезда на станции, где он работал (с 1922 г. он занимал должность помощника начальника станции), усилилась нервозность. В 1924 г. был очевидцем одного железнодорожного крушения, в 1925 г. развилось

1917г.	1918г.	1919г.	1920-1921г.	1922г.	1923	1924г.	1925г.	1926г.	1927г.	1928г.	1929г.
							Санаторий в Севастополе	Амбулаторное лечение	Санаторий в Севастополе	Там же	Поликлиника Инвалид
	Арест петлюровцами	Дважды арестован белыми		Смерть жены и детей в течение одного месяца		Очевидец крушения Перенес крушение поезда Раздражительность	Навязчивые мысли о недоверии к нему администрации Раздражительность Упущения по службе	Столкновение паровозов на его дежурстве	Крушение поезда, травма головы Удар молнии во время разговора по телефону	Апатия, раздражительность, депрессия Нетрудоспособен	Работает с трудом, появляется параноидный синдром Судорожные припадки с потерей сознания. Снят с работы

Разнообразная общественная работа

Стремление к
Волнуется в св

Рис. 58. Схема состояния больного Р-на до заболевания, во время болезни и после



...осле гипносуггестивной терапии. Понижение кривой обозначает ухудшение в состоянии больного.

ясно выраженное неврастеническое состояние, лечился в Севастопольском институте физических методов лечения, после чего здоровье восстановилось полностью. В 1926 г. после новой психической травмы снова возникла раздражительность, наклонность к плачу. Получил курс гидротерапии, давший небольшое улучшение. В июне 1927 г. перенес ушиб головы с потерей сознания. Развилась раздражительность, недоверие к подчиненным. В июле того же года во время разговора по телефону поблизости произошел разряд молнии, что привело к усилению невротического состояния. Снова лечился в течение месяца в том же Институте физических методов лечения. Улучшение небольшое. В 1928 г. часто страдал бессонницей, понизился интерес к работе, к которой до сих пор всегда относился ревностно. Развилось угнетенное состояние, приступы тоски. В августе снова лечился в санатории при Сеченовском институте физических методов лечения. Находился в состоянии депрессии, постоянно плакал, держался уединенно, все его раздражало. Возвратился к работе в том же состоянии. Здоровье все ухудшалось: кроме нарушения сна, стали появляться галлюцинации — похороны жены и детей, зимние пейзажи, крушения. Состояние здоровья все ухудшалось, стали примешиваться параноидные элементы. В августе 1929 г. перенес ранение головы, в бессознательном состоянии доставлен в больницу. 27/III возник судорожный припадок с потерей сознания, 13/IX — такой же припадок во время работы, после чего не работает. Участились галлюцинации, появилось дрожание рук и всего тела, неустойчивость, мог ходить только с палкой, постоянное ощущение колебания почвы под ногами. Тревожное состояние, мысли о самоубийстве, повышенная потливость, частые позывы на мочеиспускание. Потерял способность владеть собой, раздражителен до агрессивности. Переведен на инвалидность. Раздражительность поддерживалась сознанием безрезультатности медицинской помощи.

В дальнейшем было проведено шесть сеансов психотерапии. С каждым днем здоровье восстанавливалось и через месяц, 20/I 1930 г., был выписан на работу. На рис. 58 приведена схема развития его заболевания.

У данного больного был тяжелый, прогрессивно развившийся невроз истерического типа с полиморфным психотическим и невротическим синдромом.

Через год, 20/II 1931 г., когда Р. случайно приехал по делам службы, нас заинтересовал вопрос о возможности воспроизведения у него следов прошлого патологического состояния. Учитывая наши прежние наблюдения, относящиеся к репродуцированию прошлых возрастных состояний, а также наши прежние исследования, касающиеся больного Ш., мы вправе были ожидать успеха и в данном случае.

Получив согласие Р. на это и приведя его в состояние внушенного сна, мы сделали лишь следующую словесную инструкцию: «С е г о д н я у н а с 2 0 д е к а б р я 1 9 2 9 г. (дата его поступления в стационар), п р о с н и т е с ь!». При этом в разговоре с ним мы сознательно совершенно не касались его прошлой патологической симптоматики. Р. проснулся и, действительно, мы увидели перед собой прежнего больного: выражение лица тревожно-угнетенное, со страхом озирается по сторонам, на вопросы отвечает неохотно, раздражен. Попытки исследовать чувствительность и рефлексы вызывали знакомую двигательную реакцию, скрежет зубов и те же мышечные подергивания лица (рис. 59). Пульс участился, на лице выступил пот, на глазах показались слезы. После прекращения попыток исследовать его, успокоился. На предложение встать и итти в палату стал оглядываться по сторонам, ища палку, без которой он тогда не мог ходить. При попытке расспросить его о причинах заболевания и при напоминании о поездах и крушениях сначала отве-

чал раздраженно и бессвязно, потом стал все более и более раздражаться и, наконец, разрыдался. Словесной инструкцией: «Спать!» был быстро усыплен, после чего ему было сделано внушение обратного характера: «Сейчас 20 февраля 1931 г., проснитесь!». Проснулся с хорошим самочувствием и не помнит содержания сеанса.

Чтобы иметь уверенность в отсутствии намеренной имитации, мы предложили ему в бодрствующем состоянии произвольно представить нам патологические симптомы, бывшие у него в соответствующие дни. Он этого сделать не мог, не мог также, по нашей просьбе, воспроизвести скрежет зубами.



а



б

Рис. 59. Больной Р.

а — здоров; *б* — реакция на попытку сделать укол булавкой после сделанного во внушенном сне словесного внушения: «Сегодня 20 декабря 1929 г., проснитесь!».

Далее нас интересовало состояние Р. в 1928 г., в бытность его в стационаре при Сеченовском институте, где он находился в тревожно-угнетенном состоянии депрессии. Больной был усыплен, после чего мы сделали следующее словесное внушение: «Сейчас 1928 г., вы в Сеченовском институте, проснитесь!». Он проснулся, и вся его поза и выражение лица отражали его угнетенное состояние: грустно-задумчивое, страдальческое выражение лица, неподвижная поза. Стал ломать руки, тяжело вздыхать, по лицу текли слезы. На вопрос: «Что с вами, почему такая грусть?» ответил: «Ох, тяжело» и разрыдался (рис. 60, *а* и *б*).

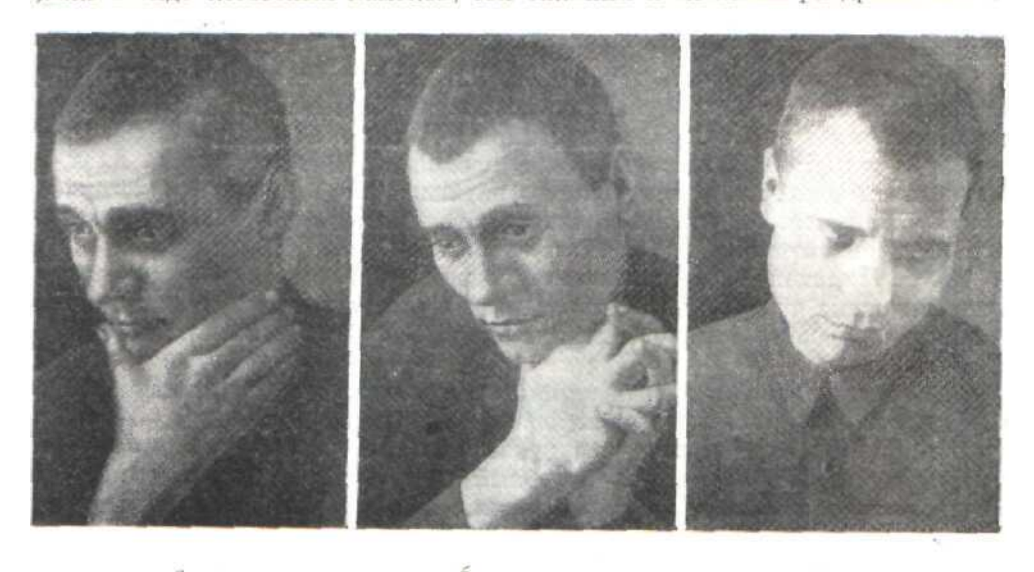
Случайно присутствовавший на одном из сеансов гипноза врач Б. (из Сеченовского института, наблюдавший Р. в 1928 г.) подтвердил сходство состояния больного. Изменения в поведении Р. наступили также после словесной инструкции: «Сейчас 1927 г., проснитесь!» (в этом году у больного постоянно проявлялось подозрительное отношение к сотрудникам и подчиненным и недоверие к ним.). Манера разговаривать и мимические реакции отражали это «параноидное» состояние. Аналогичные наблюдения были сделаны в декабре 1933 г.

Картины этих состояний можно было воспроизводить повторно, они демонстрировались нами на конференциях врачей Украинского психоневрологического института и Центральной поликлиники Наркомздрава. Нужно сказать, что, как и в предыдущем случае, эти репродукции нисколько не отразились на состоянии здоровья Р. и не помешали выполнению им напряженной работы на линии. Рецидивов заболевания не было, несмотря на то, что Р. пережил наводнение, крушение дрезины и падение с ушибом головы (во время поездки по расследованию причин крушения поезда).

Итак, эффект репродуцирования во внушенном сне пережитого в прошлом патологического состояния, наблюдавшийся нами у двух больных, показал реальную возможность произвольного воспроизведения и устранения сложной патологической симптоматики.

Однако был ли в этих случаях, действительно, факт, реального воспроизведения пережитого ранее патологического невротического состояния?

В самом деле, как говорит И. П. Павлов, «... сколько есть разнообразных случаев болезненного нервного состояния людей, когда у них нормальная деятельность поддерживается более или менее только до тех пор, пока их не коснутся компоненты, хотя бы и очень незначительные, даже в виде словесных намеков, тех сильных и сложных раздражителей,



а б в

Рис. 60. Больной Р. во внушенном сне.

а и б — картина депрессии после словесного внушения: «Сейчас 1928 г., вы в Сеченовском институте, проснитесь!»; в — после словесного внушения: «Сейчас 1927 г., проснитесь!». На лице выражено подозрительное отношение.

которые первоначально обусловили нервное заболевание»[1]. В наших случаях эти очень незначительные намеки касались лишь «дат» поступления в стационар.

Доказательством того, что в данном случае, действительно, могло быть репродуцирование имевшегося в прошлом патологического состояния, могут служить сопутствующие этому состоянию вегетативные реакции.

Добавим к сказанному, что еще в 1924 г. нами совместно с нашим ассистентом П. П. Истоминым (пропедевтическая нервная клиника Харьковского медицинского института) была показана возможность репродуцирования эпилептических припадков путем соответствующего внушения во внушенном сне в диагностических целях.

3. Больной М., 30 лет, обратился в клинику нервных болезней с жалобами на припадки, сопровождавшиеся потерей сознания, судорогами, прикусами языка и последующим сном. Припадки начались с 5-летнего возраста после сильного испуга и побоев, нанесенных камнями по голове. Был освобожден от военной службы. Припадки бывают регулярно 2 раза в месяц.

[1] И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 351.

Больной оказался хорошо гипнабильным. В лаборатории клиники в присутствии жены больного путем внушения во внушенном сне был вызван с диагностической целью описанный выше припадок. Для этого достаточно было сделать словесное внушение о наличии ауры (головокружение): тотчас же после этого развился припадок, начавшийся с крика, побледнения, а затем цианоза лица, тонических и клонических судорог, отсутствия зрачковой реакции на свет. Припадок прекращен внушением противоположного характера. По словам жены больного, картина припадка оказалась весьма сходной с его обычными припадками.

О возможности возникновения эпилептических припадков по механизму условного рефлекса говорят также наблюдения В. М. Бехтерева (1922): «...иногда даже появление самих приступов наступает,— говорит он,— подобно сочетательному рефлексу».

Таким образом, в свете учения И. П. Павлова эти факты получают свое надлежащее объяснение. Проведенные А. О. Долиным (1938, 1948) экспериментальные исследования условнорефлекторной камфорной эпилепсии у животных дают основание предполагать возможность вызывания путем словесного внушения во внушенном сне не только истерических синдромов, но и более сложных патологических состояний, каким является эпилептический припадок у человека.

М. П. Никитин (1934) упоминает об одном оперном артисте, у которого эпилептические припадки возникали по механизму временной связи (исполнение в условиях сильного эмоционального возбуждения определенной оперной арии).

В области дерматологии явления репродуцирования путем внушения имевшихся в прошлом кожных заболеваний описаны А. И. Картамышевым (1942). Таким путем ему удавалось как приостановить появление дерматоза, так и вызвать подобный дерматоз со всеми сопутствующими явлениями (несколько меньшей силы) в заранее назначенный послегипнотический момент.

Здесь следует отметить интересные наблюдения П. К. Булатова и П. И. Буля (1953б), показавшие возможность воспроизведения бронхиальной астмы, используя внушение. Кроме того, в нашей лаборатории М. Л. Линецкий воспроизводил с помощью словесного внушения малярийные синдромы. В последнее время А. Б. Горбацевич (1955) посредством внушения в гипнотическом сне воспроизводил у больных эпилепсией судорожные припадки с соответствующими сдвигами в электрической активности коры головного мозга.

Во всех приведенных случаях раздражителями служили словесные внушения соответствующего содержания, которые вызывали к жизни следовые процессы, сохранившиеся в высших отделах центральной нервной системы от пережитого в прошлом патологического состояния.

Таким образом, приведенные нами данные позволяют утверждать, что в основе рассматриваемых явлений лежит действительное, реальное репродуцирование процессов и состояний, имевших место в прошлом в высших отделах головного мозга исследуемых. Этим подтверждалась правильность представлений школы И. П. Павлова о том, что *следы пережитого* в известной мере являются *несмываемыми*. Отсюда следует, что применяемые психотерапевтами с диагностической и терапевтической целью методы *психокатарзиса* (при котором больного заставляют в присутствии врача вновь остро пережить травмировавшую его в прошлом ситуацию) и *гипноанализа* (оживление в памяти больного, находящегося в состоянии внушенного сна, травмировавших в прошлом его психику факторов) имеют под собой вполне реальное основание.

Таким образом, весь симптомокомплекс пережитого в прошлом патологического процесса может быть воспроизведен вновь после клинического выздоровления. После выздоровления нервная система сохраняет в виде следов тот динамический стереотип, который возник во время болезни.

Поэтому мы в определенных случаях применяем этот прием оживления следовых процессов с диагностической целью в качестве одного из способов уточнения особенностей возникшего у больного патологического состояния и выяснения некоторых сопутствовавших ему или связанных с ним патогенетических моментов. Это может быть иллюстрировано следующим примером.

В 1924 г. в пропедевтическую клинику нервных болезней Харьковского медицинского института обратился Б., 17 лет, с жалобой на возникшее у него с 5-летнего возраста заикание. Однако ни он сам, ни его мать не знали, на какой почве это заболевание развилось. Погрузив больного в состояние внушенного сна, мы внушили, что ему сейчас 5 лет. После этого, продолжая находиться в таком состоянии, он легко вспомнил и подробно описал случай испуга, происшедший с ним в этом возрасте: во время иллюминации в их саду загорелся бумажный фонарик, что было связано для него с сильным эмоциональным переживанием, послужившим непосредственной причиной развившейся у него задержки речи.

Следует остановиться на наблюдении М. М. Сусловой (1952). Когда больной, находившейся во внушенном сне, было внушено, что ей сейчас 30 лет, она стала предъявлять жалобы на тошноту и сильную головную боль, причем заявила, что «что-то ее сильно ударило», но что «во всем этом она ничего не понимает». При опросе ее после пробуждения было выяснено, что в 30-летнем возрасте поезд, в котором она находилась, будучи на фронте (1941), попал под бомбежку. Больная была контужена и потеряла сознание. Когда пришла в себя, чувствовала головную боль и сильную тошноту

Таким образом, и на этом примере мы видим, что воспроизведение пережитой в прошлом ситуации может приводить к оживлению следовых реакций, отвечающих событиям, пережитым в прошлом, из которых наиболее ярким для данной больной оказался момент ее контузии, перенесенной в данный период ее жизни. Эти примеры говорят о большой диагностической значимости такого исследовательского приема.

Наконец, возникает законный вопрос о степени безвредности репродуцирования у бывших больных прошлых патологических состояний. Как показали наши наблюдения, повторение подобных исследований, сделанных как в течение первого года после выздоровления (первый больной), так и в дальнейшем, никак не отражалось на состоянии здоровья. И это не мешало ему занимать в течение 10 лет ответственные посты (после бывшей у него четырехлетней полной инвалидности). То же следует сказать и о другом нашем бывшем больном. Без всякого ущерба для здоровья у больного было несколько раз сделано воспроизведение патологического состояния. Вместе с тем все это свидетельствовало о высокой компенсаторной способности, свойственной нервной системе обоих больных.

Об отсутствии вредных последствий воспроизведения картины невротического состояния говорит в своей монографии и А. Т. Пшоник (1950).

Таким образом, наши наблюдения не дают основания говорить об отрицательном действии на состояние здоровья воспроизведения следовых процессов патологического состояния. У всех трех наших больных патологический синдром не восстанавливался даже после новых психических травм, возникающих у больных впоследствии.

ГЛАВА XII

ИЗОЛИРОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ ПУНКТЫ КОРЫ МОЗГА

...мы имеем достаточное основание принимать, что под влиянием различных болезнетворных причин функционального характера в коре полушарий могут получаться резко изолированные патологические пункты или районы.

И. П. Павлов

Отмечая, что вся наша жизнь есть «беспрерывная борьба, столкновение наших основных стремлений, желаний и вкусов как с общеприродными, так и со специально-социальными условиями», И. П. Павлов говорил, что все эти причины при определенных условиях могут «концентрировать патологическую инертность раздражительного процесса в разных инстанциях коры полушарий — то в клетках, непосредственно воспринимающих раздражения как от внешних, так и от внутренних агентов (первая сигнальная система действительности), то в разных клетках (кинэстезических, слуховых и зрительных) словесной системы (вторая сигнальная система), и притом в обеих инстанциях в различных степенях интенсивности: раз — на уровне представлений, а в другой — доводя интенсивность до силы реальных ощущений (галлюцинации)» [1].

Согласно учению И. П. Павлова, можно легко сделать больными отдельные, даже мелкие, пункты больших полушарий. Действие на эти пункты адэкватных раздражителей «ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторной деятельности» [2].

Весь наш многолетний поликлинический опыт свидетельствует о том, что действием слова возможно устранить больные пункты различной локализации.

1. Больная Г., 28 лет, обратилась к нам с жалобой на мучительную форму кривошеи (torticollis), которой страдает 8 лет. Заболевание возникло в момент острой ссоры с мужем, когда он нанес ей грубое оскорбление, причем голова больной была повернута в момент травмы в крайнее левое положение. С этого времени такая поза зафиксировалась и не исчезала даже во время сна. В течение 8 лет безрезультатно лечилась. Мучительное состояние доводило ее до решения покончить с собой. Веру в медицину и во врачей «окончательно утратила».

Применена психотерапия во внушенном сне. Отмечается как заслуживающее особого внимания то обстоятельство, что уже по мере развития

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 410—411.
[2] Там же, стр. 374.

внушенного сна кривошея стала постепенно ослабевать и расправляться. После же сделанного специального внушения: «Пережитое вами забыто; вы можете совершенно свободно поворачивать голову в любую сторону!» кривошея, державшаяся непрерывно в течение 8 лет, окончательно исчезла. После пробуждения все виды движения головы оказались полностью восстановившимися. Осталось лишь некоторое «чувство неловкости» в области шеи, исчезнувшее на следующий день после второго сеанса. Таким образом, двумя сеансами гипносуггестивной терапии больная, повидимому, принадлежавшая к сильному неуравновешенному типу нервной системы и частному художественному, была полностью и окончательно избавлена от описанного крайне тяжелого состояния, длившегося 8 лет. Демонстрировалась нами на заседании общества врачей Днепропетровска, в течение 8 лет считавших ее неизлечимой (1925).

У данной больной вследствие внезапно нанесенной острой психической травмы (оскорбительные слова) в коре мозга возник сильный очаг возбуждения. Вызванная им мощная волна отрицательной индукции, повидимому, и создала условия патологической изоляции другого очага возбуждения, имевшегося в этот момент в области кинэстезического анализатора, в виде сильного тонического сокращения левой шейной мышцы. Вследствие этого здесь образовался изолированный от остальных районов коры мозга больной пункт, прочно зафиксировавшийся и сохранявшийся в течение ряда лет. При таких условиях человек уже ничего не может сделать с этим изолированным возбуждением, потому что оно разъединено со всеми остальными.

Как мы видели, уже само развитие внушенного сна, т. е. слова усыпления и расчленение коры мозга на сонные и бодрствующие отделы, привело к устранению прежнего инертного очага возбуждения, лежащего в основе больного пункта. Последующими внушениями: «Забыть пережитое!» эффект терапии был закреплен.

2. Больной П., 15 лет, обратился с жалобами на навязчивое мигание со спазмами век, происходящее непрерывно в течение 4 лет, возникшее в 11-летнем возрасте после бомбежки (март 1943 г.). Среди ночи он был разбужен звуком взрыва бомбы и происшедшим вследствие этого обвалом штукатурки потолка комнаты, где он спал, причем упавшей штукатуркой ему засыпало глаза. До этого был здоров.

Возникшие навязчивые спазматические движения век обоих глаз тяжело переживает, особенно с осени 1947 г., когда поступил в ремесленное училище. Все его попытки устранить мигательные движения лишь усиливают их, причем они приобретают в этом случае непреодолимый спазматический характер. Это и заставило его обратиться к психотерапевту. Отмечается эмоциональная лабильность, гипнабилен.

Проведен сеанс словесного внушения во внушенном сне, после которого отмечено резкое улучшение, а после следующих двух сеансов полностью устранилось спазматическое движение век. Следует подчеркнуть, что психическая травма возникла при сниженном тонусе коры мозга, обусловленном переходным (фазовым) состоянием (наблюдение Е. С. Каткова).

Таким образом, здесь также была картина локально весьма ограниченного «больного пункта» мозговой коры, также устраненного воздействием словесного внушения во внушенном сне.

3. Больная Х., 26 лет, обратилась с жалобами на постоянную боязливость, тревогу по вечерам («как зажгут огни»), головную боль, плохой аппетит и плохой сон, боязнь выходить вечером одной: «кто-то гонится». Все явления развились 2 года назад, после нападения злоумышленников, которыми была избита ее сестра, а она сама пережила сильный испуг. Возникли головные боли, диссомния, боязнь выходить вечером из дому

(не выходит даже с провожатыми). Это продолжается в течение 2 лет. Поликлиническое лечение (глюкоза, бромиды, кофеин) безрезультатно.

Проведено шесть сеансов словесного внушения во внушенном сне, устранивших весь патологический синдром. Уже после 3-го сеанса заявила: «Я уже здорова!» и «точно помолодела». Находилась под наблюдением в течение 5 лет; катамнез положительный (наблюдение Е. С. Каткова).

У данной больной, вследствие чрезвычайного, сверхсильного для ее нервной системы раздражения, в определенной зоне коры мозга возникло состояние застойности (инертности) раздражительного процесса. Оно зафиксировалось в ней в виде изолированного «больного пункта», проявление которого было связано с фактором времени. «Больной пункт» зафиксировался в данном случае в области зрительного анализатора у лица, повидимому, относящегося к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Вследствие сильной отрицательной индукции этот «больной пункт» также оказался изолированным от влияний на него остальной части коры мозга.

Внушение словом: «Пережитое вами уже отошло в прошлое и вас больше не волнует!», сделанное во внушенном сне, полностью устранило этот «больной пункт».

И. П. Павлов говорил, что «если патологическая инертность очевидна и должна быть принята как факт в двигательных явлениях, то — то же самое вполне допустимо, законно и в отношении всех ощущений чувств и представлений»[1].

Чрезмерно устойчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным социальным отношениям человека, возникают по механизму изолирования от всей коры пунктов болезненного состояния.

4. Больная К., 74 лет, обратилась в диспансер с жалобами на головную боль, шум в голове, боязнь острых предметов, навязчивые мысли и влечение убить свою внучку. Такое состояние продолжается около 10 дней, головные боли и головокружения — около 2 лет. Навязчивые мысли появились без всякого внешнего повода, причем больная относится к ним критически. Днем больная прячет от себя острые предметы, ночью читает молитвы, стремясь отвлечь от себя навязчивые мысли. Все время занята борьбой с этими болезненными мыслями. Возникая временами, они особенно усиливаются к вечеру, перед сном.

На приеме больная резко подавлена, беспокойна, тревожна, растеряна, в силу чего анамнестические сведения собирались от сопровождавшей ее дочери. Психотических расстройств не отмечено, наследственность не отягощена, до заболевания была общительной, деятельной, предприимчивой, жизненные затруднения преодолевала легко. Внучку любит, отношения в семье хорошие. Нами состояние оценено как невроз навязчивости в старческом возрасте.

Проведено девять сеансов гипносуггестивной терапии, в результате чего навязчивые мысли «убить свою внучку», тревога, беспокойство и растерянность исчезли. Больная стала живее, подвижнее, улучшился ночной сон. Отмечена сохранность памяти, критики, интеллекта, соответствовавшего возрасту и культурному уровню. Больная вернулась к своим привычным занятиям домашней хозяйки, с работой справляется. Положительный катамнез $1^1/_2$ года (наблюдение А. А. Соседкиной).

5. Больная Б., 56 лет, доставлена с жалобами на тяжелое беспокойное состояние, навязчивую ревность к тетке мужа (устраивает дикие сцены ревности, иногда продолжающиеся всю ночь) и полную бессонницу. Забо-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 408.

лела $1^{1}/_{2}$ года назад после психической травмы: тетка мужа (которой 60 лет) в беседе неожиданно сказала, что муж больной у нее бывает. Больная почувствовала глубокую обиду, сильно волновалась, не спала ночь, на протяжении которой много плакала, упрекала мужа, что он «скрыл от нее *отношения к тетке». С этого дня возникла навязчивая ревность.*

С первых дней заболевания лечилась у районного невропатолога, а затем у психиатра (бром, глюкоза, инсулин) без существенного улучшения. В связи с беспокойным состоянием и суицидальными высказываниями помещена в психиатрическую больницу, где находилась 5 месяцев, диагноз: пресенильный климактерический параноид. В числе прочих терапевтических мероприятий в психиатрической больнице была проведена терапия сном в течение одной недели. Выписалась без улучшения; с первого же дня опять сцены ревности и упорная бессонница; засыпает с трудом даже после приема двойной дозы барбамила. Находилась на амбулаторном лечении у районного психиатра; лечение проводилось инсулином и кислородом. В статусе нерезко выраженный артериосклеротический синдром. Менструации закончились в возрасте 48 лет.

После анамнестической беседы применена словесная психотерапия во внушенном сне. С первого же сеанса отмечен заметный сдвиг в сторону улучшения: больная стала спокойнее, но попрежнему ее тревожит мысль: «Он ходит к ней, мне обидно!». С 7-го сеанса, когда был вызван глубокий сон, последовало резкое улучшение: впервые спала без снотворного, начала заниматься хозяйством, уделять внимание детям. Всего на протяжении месяца получила 12 сеансов — улучшение прогрессивно нарастало. Положительный катамнез 2 года, чувствует себя хорошо, много занимается хозяйством (наблюдение Е. С. Каткова).

Данный пример показывает недоучет врачами психогенеза заболевания и шаблонную трактовку его как «пресенильного психоза», полную безуспешность применявшейся ими фармакотерапии. Важно отметить, что проведенная фармакотерапия сном также не дала сдвига, в то время как психотерапия во внушенном сне сняла полностью весь патологический синдром.

В обоих последних примерах также налицо картина «больного пункта» в виде застойности (инертности) раздражительного процесса. Изолированный в силу отрицательной индукции от остальной коры мозга «больной пункт» проявился в сфере как второсигнальной, так и подкорковой (эмоционально-инстинктивной) деятельности.

В обоих случаях «больной пункт» был устранен путем прямого словесного внушения во внушенном сне, направленного на «забвение пережитого».

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВНУШЕНИЯ НА ПОДКОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ

ГЛАВА XIII

ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЕЕ ОРГАНОВ

...большие полушария, благодаря их исключительной реактивности и лабильности, делают, пока точно неизвестным механизмом, для сильных, но инертных по их природе, подкорковых центров возможным реагировать соответственной деятельностью на чрезвычайно незначительные по силе колебания среды.

И. П. Павлов

Касаясь изменений в состоянии организма, происходящих под влиянием словесного внушения, мы уже имели случаи отметить, что в этих условиях нередко наблюдается самый широкий сдвиг в функциональном состоянии внутренней среды. Можно наблюдать реакции со стороны различных внутренних органов, в том числе сердечно-сосудистой системы, трофических функций, обменных процессов и пр.

Нужно сказать, что эти вопросы привлекали внимание физиологов уже давно. Так, Н. Е. Введенский (1954) еще в своих лекциях 1911—1913 гг. отмечал, что «сфера явлений, которые могут быть подчинены гипнотическому внушению, оказывается чрезвычайно широкой: она не ограничивается областью высших нервных актов, но включает в себя и различные стороны растительной жизни организма».

Однако если некоторые из этих реакций прежними исследователями наблюдались неоднократно, то полученные ими данные до развития учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности не могли быть научно обоснованы. Кроме того, далеко не все отделы вегетативной и эндокринной системы были предметом этих исследований. Так, воздействие, оказываемое на обмен веществ и, в частности, на водный, углеводный обмен и пр. путем словесного внушения соответствующего содержания, еще не было предметом такого рода исследований. Изменения в состоянии именно этих процессов, конечно, могли бы быть выявлены наиболее объективно.

ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ

В конце 1928 г. мы провели ряд исследований в состоянии внушенного сна с мнимым «выпиванием» определенного количества воды под влиянием соответствующих внушений в целях выяснения возможности воздействия таким путем на водный обмен.

1. У исследуемой Ш. в состоянии бодрствования было предварительно определено количество выделяющейся за 2 часа мочи. Для этой цели в 11 час. 15 мин. мочевой пузырь был опорожнен; в 13 час. 15 мин. выделилось 150 мл мочи с удельным весом 1,019. В 13 час. 18 мин. исследуемая Ш. приведена в состояние внушенного сна и ей сделано внушение: «Перед вами стоит графин с водой и пустой стакан, вы должны наливать воду из графина в стакан и ее выпивать!» Фактически же на столе не имелось ни того, ни другого. Такое внушение было сделано для того, чтобы создать в коре мозга достаточно обширный и сложный очаг возбуждения, связанный со зрительными, слуховыми, тактильными и кинэстезическими анализаторами. В дальнейшем внушалось: *«Вы пьете воду, вы выпили* один стакан воды, вы пьете второй стакан!» и т. д. При этом исследуемая протягивала руку, как бы беря стакан, подносила ее ко рту и, как бы выпивая воду, *делала глотательные движения. «Теперь пьете третий стакан... четвертый»*. «Вы выпили четыре стакана!». После этого исследуемая Ш. тотчас же была разбужена. Самочувствие хорошее. В 13 час. 30 мин. она заявила, *что почувствовала сильный позыв на мочеиспускание. Была собрана* моча, выделившаяся в количестве 230 мл с удельным весом 1 011. В дальнейшем были частые позывы, и моча, как показывают приводимые ниже данные, выделялась небольшими порциями (*табл. 1*).

Таблица 1

Время позыва	Количество мочи (в мл)	Примечание
1 час 30 мин.	230	В 2 час. 30 мин. исследуемая заявила, что хочет есть и пить
1 » 40 »	10	
1 » 50 »	25	
2 » 20 »	20	*Спрашивает:* «Что вы сделали, почему такие частые позывы?»
2 » 30 »	10	
2 » 55 »	40	В 3 час. 30 мин. те же жалобы и те же вопросы
3 » 10 »	30	
3 » 30 »	20	
Всего . . .	385 (удельный вес 1 011)	

Таким образом, если до указанных внушений в течение 2 часов выделилось 150 мл мочи, то после мнимого питья четырех стаканов воды мочи оказалось 385 мл, т. е. на 165% больше, причем удельный вес был понижен (на 0,008).

2. Та же наблюдаемая; на основании предыдущего исследования мы нашли возможным ограничиться определением количества мочи, выделявшейся только за один час, так как уже в течение первого часа картина определялась и получался эффект: от 11 час. 35 мин. до 12 час. 35 мин. количество выделившейся мочи составило 50 мл (удельный вес 1 018). В 12 час. 38 мин. исследуемая Ш. приведена в состояние внушенного сна, после чего сделано внушение: «Вы пьете один стакан воды» (Ш. тотчас же производит соответствующие движения руки, делает глотательные движения); *«Выпиваете еще один стакан»*.

«Вам еще хочется пить, вы пьете третий стакан. Итак, вы выпили три стакана воды».

Пробуждена в 12 час. 45 мин. К 13 час. 5 мин., т. е. через 20 минут после пробуждения, позыв на мочеиспускание. Выделилось 225 мл мочи. В 13 час. 38 мин., т. е. через 33 минуты, снова позыв, выделилось еще 250 *мл мочи. Всего за час выделено 475 мл мочи* (удельный вес 1 011).

Итак, на этот раз количество мочи за ту же единицу времени увеличилось почти в 10 раз с уменьшением удельного веса на 0,007 (рис. 61).

3. Та же исследуемая Ш. Мы сделали анализ крови до и после соответствующих внушений «питья воды». Предполагая, что при такой потере воды тканями кровь должна претерпевать соответствующие изменения (сгущение), мы произвели количественное определение гемоглобина и эритроцитов.

До начала исследования выделилось в течение часа 70 мл мочи с удельным весом 1 015; количество гемоглобина составило 67%, эритроцитов — 3 983 000. После обычного внушения питья трех стаканов воды мочи выделилось в течение часа 200 мл (удельный вес 1 013), содержание гемоглобина 71%, эритроцитов — 4 090 000.

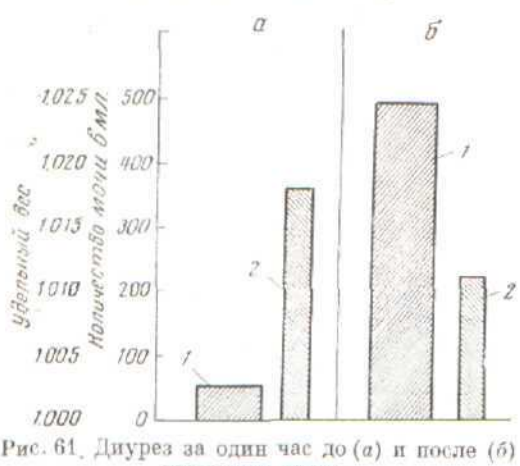


Рис. 61. Диурез за один час до (*а*) и после (*б*) внушения питья.
1 — количество мочи; *2* — удельный вес.

Таким образом, помимо обычного повышенного диуреза с понижением удельного веса мочи, в данном случае соответственно наблюдался процесс сгущения крови.

Нужно ли говорить, что эти наши исследования аналогичны опытам К. М. Быкова, которые он докладывал в 1926 г. на II Всесоюзном физиологическом съезде (в Ленинграде) и которые дали толчок нашим исследованиям. Если роль условного мочегонного раздражителя играла в опытах К. М. Быкова сама процедура приготовления к введению воды в прямую кишку животного, то в нашем случае роль этого «мочегонного» играло содержание соответствующего внушения словом.

Следует отметить наблюдавшееся во всех проведенных нами исследованиях весьма быстрое повышение диуреза: в первые 20—30 минут уже выделилась большая порция мочи (особенно в первом исследовании).

Аналогичные результаты были получены М. Л. Линецким (физиологическая лаборатория Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения, 1949), который провел у 9 лиц 41 исследование.

Все эти данные говорят о возможности воздействия словом на этот вид обмена. Такие же исследования в свое время были проведены в Венской психоневрологической клинике Гофом и Вермером (Hoff и Wermer, 1928); однако, помимо мнимого питья воды, они производили еще внушение о предстоящем повышении выделения мочи.

Следует отметить, что, как установлено К. М. Быковым (1947а), условная связь может образоваться и через гуморальную систему. «Изменение физического и химического состояния жидкостных систем организма (кровь, тканевой сок и лимфа),— говорит он,— при одновременном раздражении, падающем на кору мозга с любого рецептора, может быть базой для образования условного рефлекса». Всякие колебания в жидкостных системах организма «могут служить основой для образования нервно-гуморальной связи», в частности, «базой для образования мочеотделительного условного рефлекса служит гидремия крови». В ответ на применение условного раздражителя происходит изменение водного состава мочи, отражающее соответствующие изменения водного состава крови.

Если приведенные данные показывают возможность получения сдвига в одну сторону, то клинические наблюдения свидетельствуют о возможности сдвига тем же путем и в противоположную сторону. Ниже мы приводим примеры так называемого «несахарного мочеизнурения», где словесное воздействие оказало благотворное влияние. Суггестивная терапия первых двух больных, страдавших весьма тяжелой и упорной формой diabetes insipidus (*несахарное мочеизнурение*) психогенного происхождения, была проведена В. М. Кисловым.

Первый больной находился в течение нескольких месяцев в Харьковской госпитальной терапевтической клинике.

1. Больной 29 лет, беженец из Константинополя, болен 12 лет diabetes insipidus. В анамнезе многократные психические травмы: во время войны в 1914 г. на его глазах были зарублены отец, мать и два брата. Сам он бежал в Грецию, где долгое время скитался, перенося много лишений. С этого времени стал чувствовать большую потребность в холодной воде, временами переходившую в болезненную жажду, причем выпивал в сутки от $1^1/_2$ до 2 ведер воды. Голод переносил гораздо легче, чем жажду. Краткий статус: *питание резко понижено*, вес 32 кг 700 г при росте 156 см. Внутренние органы в норме, мочевой пузырь переполнен. Настроение подавленное, сон тревожный, сухожильные рефлексы ослаблены. Анализ мочи: удельный вес 1000, в остальном норма. Данные микроскопического исследования: 1—3 белых тельца в поле зрения, изредка эпителий мочевого пузыря и красные тельца. Анализ желудочного сока — понижение общей кислотности и следы свободной соляной кислоты. Рентгеноскопия гипофиза патологических изменений не обнаружила.

Острота зрения и состояние глазного дна в норме, реакция Вассермана (*производилась несколько раз*) отрицательная. В сутки выпивает 14,2—14,5 л воды, выделяет 15,2—16,4 л мочи. Медикаментозное лечение *не давало никакого эффекта* (*гипофизин не был применен*).

Так как в анамнезе имелась психическая травма, после которой и развился описанный симптомокомплекс, была применена психотерапия в форме косвенного внушения: больному была выписана индиферентная микстура (укропная вода 200,0, по столовой ложке 3 раза в день) и сделано соответствующее словесное внушение в бодрствующем состоянии о «чрезвычайной целебности этого средства». При этом внушалось, что «если он хочет выздороветь, то должен пить прописанное ему лекарство», которого ему раньше никогда не давали. Вместе с тем *с первого же дня лечения ему было авторитетно заявлено, что «с каждой выпитой ложкой лекарства жажда его будет уменьшаться и воды он будет выпивать столько, сколько ему будет указано».*

Из приводимой ниже записи видно, что косвенное внушение оказало свое действие: если с 17/III по 18/III больным было выпито (как и в пре-

Таблица 2

За сутки	Выпито воды (в л)	Выделено мочи (в л)	Удельный вес мочи
18/III	9	10,8	1 000
19/III	5,7	10,8	1 000
20/III	6	10,8	1 000
21/III	4,8	6	1 001
22/III	4,8	7,2	1 002
23/III	3	3,6	—
24/III	3	3,6	—
25/III	3	4	—

дыдущие дни) 14,2 л воды и выделено 16,8 л мочи (удельный вес 1000), то после указанных внушений, подкрепляемых приемами укропной воды, повторявшимися ежедневно в течение 10 дней, картина диуреза изменилась (табл. 2).

Как мы видим, в данном случае наблюдалось превышение количества выделенной мочи над количеством выпитой воды. Так, Цондек (Zondek, 1925) в главе о несахарном мочеизнурении писал: «... полиурия может доходить до таких размеров, что она превышает количество вводимой в организм воды».

Одновременно с резким падением жажды появилась бодрость и аппетит. Дальнейших попыток уменьшить количество выпиваемой жидкости

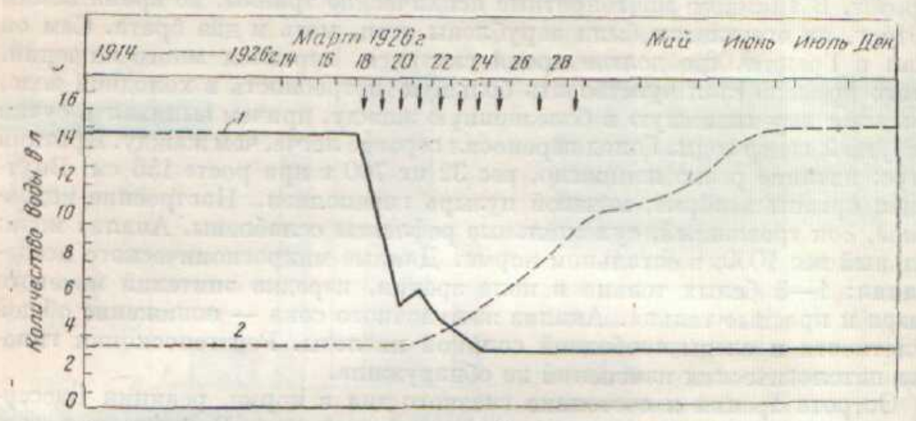


Рис. 62. Схема эффективности суггестивной терапии психогенного несахарного мочеизнурения.

1 — количество воды (в литрах), выпитой больным за сутки; 2 — самочувствие больного (подъем кривой обозначает улучшение); стрелки обозначают сеансы косвенного внушения в состоянии бодрствования.

(включая сюда молоко, обед, чай) не делалось. С каждым днем самочувствие больного улучшалось, и через 3 недели после начала психотерапии он был выписан. За все это время количество выпиваемой им в сутки жидкости не превышало указанной ему нормы — 3,2 л. Пробудилось также libido, раньше совершенно ослабевшее. Стал понемногу втягиваться в работу. К декабрю прибавил в весе 9 кг, приступил к работе. Был под наблюдением 8 месяцев, жажда не увеличивалась (рис. 62).

Таким образом, мы видим, что косвенное внушение, т. е. внушение через посредство индиферентного раздражителя (укропная вода), примененное в сочетании с прямым словесным внушением, дало вполне стойкий положительный эффект.

2. Больной П., $14^1/_2$ лет, находился на излечении в Харьковской факультетской терапевтической клинике и демонстрировался В. М. Коганом-Ясным на одной из его лекций по эндокринологии. Диагноз: «несахарное мочеизнурение» (1927). Рентгенография гипофиза никаких отклонений от нормы не показывала. В течение месяца делали инъекции гипофизина, под влиянием чего уменьшилось потребление воды и выделение мочи. Но стоило прекратить введение гипофизина, как тотчас же появлялась мучительная жажда и потребление воды возрастало до 14 л в сутки. Больной был выписан без улучшения. В анамнезе психическая травма: 9 лет назад за мальчиком гнался извозчик, угрожая ему кнутом. Вбежав в дом, мальчик впал в обморочное состояние и долго не приходил в сознание. Очнувшись, попросил воды и выпил несколько кружек залпом. С этого момента стал выпивать огромное количество воды, особенно ночью. Вслед-

ствие этого в школе с трудом высиживал до конца урока, ожидая перемены. Во время школьных экскурсий и прогулок за город, если не было близко воды, убегал домой; иногда же утолял жажду выделяемой им мочой. В школе отставал от занятий, туго соображал, был вял и слаб. Занятия давались с трудом, так как «мысль о воде не оставляла ни на минуту». За ночь выпивал столько же воды, сколько и за день. Ночью до 10 раз вставал мочиться.

Больной, повидимому, принадлежал к слабому общему типу нервной системы и отличался легкой внушаемостью. С первого же сеанса гипносуггестивной терапии у него развилось дремотное состояние, сопровождавшееся полной гипотонией мышц. В этом состоянии делалось соответствующее подбадривающее внушение: «Это заболевание после лечения пройдет; вы перестанете пить так много воды. Если будете ощущать жажду, достаточно будет только полоскать рот или сделать несколько глотков. Появится аппетит, бодрость, интерес к занятиям и вы догоните своих товарищей

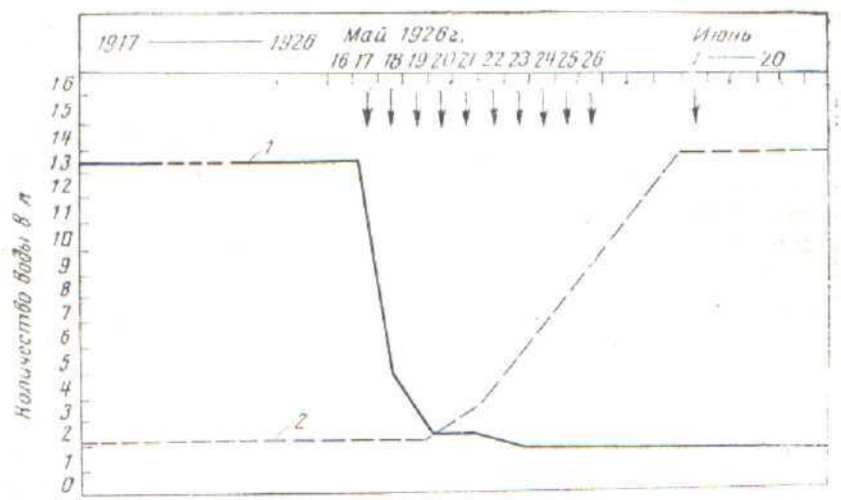


Рис. 63. Схема эффективности гипносуггестивной терапии во внушенном сне эмоциогенного несахарного мочеизнурения 9-летней давности.

1 — количество воды (в литрах), выпитой больным за сутки; 2 — самочувствие больного (подъем кривой обозначает улучшение); стрелки обозначают сеансы прямого внушения во внушенном сне.

по школе!». В результате подобных ежедневых внушений мальчик стал употреблять значительно меньше жидкости. Наблюдение велось в семье больного, где количество выпитой и выделяемой жидкости тщательно записывалось. Обычно больной выделял до 12 л мочи в сутки. На следующие

Таблица 3

За сутки	Выпито воды (в л)	Число ночных вставаний
18/V — 19/V	5	4
19/V — 20/V	3	3
20/V — 21/V	3	2
21/V — 22/V	3	2
22/V — 23/V	2,6	2
23/V — 24/V	2,4	2
24/V — 25/V	2,6	2
25/V — 30/V	2,6 (за сутки)	2—3

сутки после первого сеанса словесного внушения количество выпитой мальчиком воды уменьшилось до 8 л, ночью вставал 6 раз. В дальнейшем число ночных вставаний и потребления жидкости уменьшилось (табл. 3).

Сеансы словесных внушений во внушенном сне проводились ежедневно, но дальнейшего уменьшения потребления воды достигнуть не удавалось. Тем не менее отмечалось заметное улучшение в состоянии больного: стал повышаться аппетит, постепенно нарастала бодрость, развивался интерес к школьным занятиям, в школе спокойно высиживал урок до конца. Окреп, из апатичного превратился в бодрого и подвижного, интересующегося занятиями, играми и физкультурой (рис. 63). Потребности в большем количестве жидкости не было. В июле уехал в деревню, где пробыл больше месяца. Несмотря на знойные дни и работу в поле, жажда его не беспокоила (наблюдение В. М. Кислова).

3. Больная Н., 28 лет, направлена к нам из эндокринологической клиники с жалобой на мучительную жажду, которой страдает в течение 10 лет, выпивая 8—17 л воды в сутки. Соответственно повышен диурез, удельный вес мочи 1001, резкое исхудание, безрезультатно лечилась в Кисловодске в неврологической и эндокринологической клиниках, где ставился диагноз несахарного диабета.

Из анамнеза выяснено, что начало заболевания связано с тяжелыми переживаниями. Проведено четыре сеанса словесного внушения в дремотном состоянии, чем удалось полностью ликвидировать имевшую место психогенную полидипсию и полиурию, причем состояние начало улучшаться после первого же сеанса. После 3-го и 4-го сеансов потребность в воде не превышала 1,5 л в сутки. Начала возвращаться работоспособность. После выздоровления демонстрировалась врачам и студентам на практических занятиях проф. Н. П. Татаренко. Положительный катамнез 2 года; рецидива не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

Отметим, что П. П. Подъяпольским (1909) также была описана картина несахарного мочеизнурения 4-летней длительности (до $3^1/_2$ ведер жидкости в сутки), возникшего после психической травмы и прекратившегося исключительно лишь под влиянием двух сеансов гипносуггестивной терапии, причем больной был здоров в течение последующих 18 лет.

На функциональную полидипсию и полиурию психогенного происхождения указывает также Дежерин (Déjèrine, 1912), приводя случаи потребления жидкости до 7 л в сутки и выведения соответствующего количества мочи, что длилось на протяжении 5 лет. То же отмечает и Цондек (1925), описывая ряд больных, у которых несахарное мочеизнурение приходилось рассматривать как «следствие психических процессов». У некоторых лиц причиной развития полидипсии, по его данным, может служить также подражание: ему пришлось наблюдать 13-летнего мальчика, страдавшего в течение одного года полидипсией и полиурией. Он потреблял до 8 л жидкости в сутки, причем «научился так много пить у своего школьного товарища». Под влиянием энергичной психотерапии эта дурная привычка исчезла совершенно.

Все вышеизложенное указывает на необходимость иметь в виду психогенный «несахарный диабет», чем определяется как прогноз, так и метод терапии. Естественно, что в таких случаях психотерапия является единственным действенным методом. Наблюдения В. М. Кислова, П. П. Подъяпольского и А. А. Соседкиной указывают, что при этой форме заболевания наиболее эффективен метод прямого внушения во внушенном сне. Приходится удивляться тому, как быстро при этом может происходить нормализация вегетативных функций, которые долгое время были нарушены (например, у больного, наблюдавшегося П. П. Подъяпольским, 4 года, А. А. Соседкиной — 10 лет, В. М. Кисловым — 12 лет).

Как мы знаем, внутренние органы и эндокринные железы связаны с вегетативной нервной системой, а следовательно, и с корой мозга, причем различными авторами уже давно отмечена возможность гликозурии, проявляющейся в результате эмоционального потрясения. Известен так называемый «сахар биржевиков». Все это указывает на участие коры мозга в развитии нарушения углеводного баланса. Если это так, то путем словесного воздействия соответствующего содержания также могут быть достигнуты определенные изменения в состоянии углеводного обмена.

Действительно, В. Н. Финне (1928) впервые показал, что у хорошо гипнабильного субъекта путем соответствующего внушения словом может быть вызвана гипергликемия. В его исследованиях, произведенных в Ессентуках, содержание сахара определялось по Хагедорну и Иенсену, причем реальная сахарная нагрузка дала через час повышение количества сахара в крови с 0,100 до 0,140 мг%, а мнимая нагрузка, вызванная путем соответствующего внушения во внушенном сне, дала повышение сахара с 0,104 до 0,109 мг %.

Нами был также проведен ряд аналогичных исследований (1929). Приводим некоторые из них.

1. В 11 часов утра 12/XII 1928 г., через 3 часа после завтрака, состоявшего из куска телятины, двух стаканов кофе и четырех чайных ложек сахара, у исследуемого была взята кровь и определено содержание сахара (по методу Хагедорна и Иенсена). Количество сахара равнялось 0,097 мг%. После реального кормления (150 г меда и 50 г сахарного песку) количество сахара в крови повысилось через 50 минут на 33%.

2. В 8 часов утра 19/XII был дан тот же завтрак, в 11 часов количество сахара в крови составило 0,094 мг%. После взятия крови исследуемый был приведен в состояние внушенного сна, в котором ему было сделано внушение следующего содержания: «Вы едите ту же порцию меда и сахара, которую съели 12 декабря! Вы уже ее съели!». Через 50 минут после пробуждения количество сахара в крови оказалось увеличенным на 0,025 мг%.

3. В 12 часов дня 7/II 1929 г., через 4 часа после обычного утреннего завтрака, у того же лица была исследована тем же методом кровь на содержание сахара: количество сахара равнялось 0,075 мг%. После этого, не производя реальной сахарной нагрузки, исследуемого привели в состояние внушенного сна, в котором ему было внушено, что он съел то же количество меда и сахара, что и 12 декабря. Через 40 минут после этого содержание сахара в крови уже оказалось равным 0,087 мг%, следовательно, и в данном случае внушенная «нагрузка» дала увеличение содержания сахара в крови.

Дальнейшие исследования А. О. Долина, Е. Т. Минкер-Богдановой и Ю. А. Поворинского (1934), Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова (1935), М. Л. Липецкого (1951) подтвердили факт действительной возможности получения гипергликемии путем соответствующего внушения словом. Что касается исследований Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова, то они обнаружили (у 17 исследуемых), что уже одно словесное внушение «чувства сладости во рту», сделанное во внушенном сне, влечет за собой появление сахара в моче. Следует отметить, что у 2 из 4 исследуемых М. Л. Липецкого при внушенной еде сахара возникла гипергликемия, в то время как у остальных двух — гипогликемия. Полагаем, что сам факт гипогликемии при внушенной еде сахара чрезвычайно интересен и требует дальнейшего изучения.

Исследования К. С. Косякова (1952), проведенные по методу косвенного внушения, также подтвердили возможность получения условнорефлекторной гипергликемии при безусловном раздражителе в виде глюкозы и условных раздражителях — сахарин и внушение: «Даю сахар!». Им же

была вызвана условнорефлекторная гипогликемия у 5 из 7 больных сахарным диабетом, лечившихся инсулином, причем под видом инсулина им вводили физиологический раствор.

Попытка путем внушения вызвать гипергликемию была сделана Маркусом и Сальгреном (1925) в Стокгольмской нервной клинике: внушая исследуемому во внушенном сне, что он съел сахар, они изучали содержание сахара в крови. В данном случае результат получился отрицательный, и предполагаемой гипергликемии от мнимого кормления сахаром не получилось (исследования количества сахара в крови проводились по тому же методу), однако Ван дер Вельден (1926) при внушении о кормлении сахаром, произведенном также во внушенном сне, наблюдал положительный результат.

Интересны (но требуют проверки) исследования Жигона Эньера и Брауха (Gigon Aigner и Brauch, 1929), сделанные в противоположном направлении. Четверым больным диабетом они внушали представление о том, что состояние их здоровья улучшается, что количество сахара в моче и крови падает. При этом авторам будто бы действительно удавалось понизить количество сахара как в крови, так и в моче.

Отметим, что условнорефлекторную инсулиновую гипогликемию получал Ю. А. Поворинский (1939) после многократных инъекций инсулина, производимых с терапевтической целью больным шизофренией, уже одно введение физиологического раствора вызывало у них гипогликемическое состояние. Отметим, что такие же результаты были получены Н. С. Савченко (1939) в опытах на собаках. Ему удавалось вызывать условнорефлекторную гликозурию, причем безусловным раздражителем служил адреналин, а условным — свисток и одновременный укол иглой.

Учитывая данные школы И. П. Павлова, следует признать, что процессы, возникающие в коре мозга под воздействием факторов внешней и внутренней среды, могут оказывать через подкорковые центры влияние на характер метаболизма. Как отмечает К. М. Быков (1947а), «корковое влияние ограничивается приведением в действие рабочих механизмов, расположенных, вероятно, в большинстве случаев в ближайших подкорковых образованиях».

Из всего изложенного следует, что вопрос о внушенной, т. е. условнорефлекторной, гипергликемии может иметь значение также в отношении сахарного мочеизнурения, ибо психогения может явиться источником сахарного диабета, для лечения которого в таких случаях может быть показана психотерапия. Это заставляет задуматься над вопросом о роли психогенного фактора в развитии сахарного диабета. Клиника должна учитывать возможность такого генеза, связывая с ним и соответствующий лечебный подход.

Исследования влияния внушения словом на терморегуляцию до настоящего времени производились редко. В прошлом они носили случайный характер, не привлекая к себе особого внимания, повидимому, вследствие трудности их надлежащего научного обоснования. Однако такого рода исследования должны иметь не только теоретический интерес, но и практическое значение, ибо вопрос о «психогенных лихорадках», об «истерических» повышениях температуры тела человека всегда оставался спорным, несмотря на опубликование отдельных наблюдений как отечественными, так и зарубежными авторами.

О том, что повышение температуры тела животного (собака) может быть вызвано условнорефлекторным путем, свидетельствуют опыты И. С. Александрова (1937).

Первая такого рода обстоятельная клинико-экспериментальная работа в Советском Союзе была произведена В. Ф. Зелениным, Ю. В. Канна-

бихом и П. Н. Степановым (Госпитальная терапевтическая клиника II Московского медицинского института, 1936), исследовавшими больных туберкулезом, причем был применен метод косвенного внушения в бодрствующем состоянии. Под видом «терморегулина» больным впрыскивали 0,1 мл стерильной воды. Процедура сопровождалась утверждением: «После этого у вас наступит ощущение тепла во всем теле и поднимется температура». У большинства больных, как установлено тщательным клиническим наблюдением, температура, действительно, поднималась на 0,2—0,5°.

В отношении больных туберкулезом Келером и Бэром (P. Köhler и Behr, 1905) были сделаны наблюдения, основанные на том, что подкожные инъекции туберкулина обычно сопровождаются лихорадочной реакцией. Как оказалось, у многих больных туберкулезом, у которых вообще не было высокой температуры, в тех случаях, когда они заранее предупреждались о могущем быть после инъекции повышении температуры и когда они с волнением ожидали инъекции, температура, действительно, резко повышалась, иногда доходя до 38°.

Однако повышение температуры (до той же цифры) наблюдалось у них и при инъекции стерильной воды или даже в том случае, когда делали лишь укол иглой шприца. При этом под влиянием внушения словом температура у этих больных повышалась именно в назначенные часы. Авторы правильно усматривают нервный механизм этого явления, не считая его симптомом истерии, никаких признаков которой у больных, по их данным, не имелось. Авторы приходят к выводу, что среди больных туберкулезом оказывается больше лиц с повышенной психогенной лабильностью терморегуляторного аппарата, чем это можно было предполагать.

Н. Г. Безюк (1938) путем словесного внушения вызывал повышение температуры у эмоционально-лабильной исследуемой в бодрствующем состоянии и во внушенном сне. Во внушенном сне в течение одного и того же дня удавалось вызывать изменение температуры как в сторону ее повышения, так и в сторону понижения. Следует отметить, что у данной исследуемой наблюдалась крайне лабильная терморегуляция (в тот период, когда она находилась в дерматологической клинике по поводу кожного заболевания). Во время менструаций температура у нее поднималась до 37,8°, а при волнениях, связанных с посещением ее родственниками,— и до 39,2°. Температура повышалась также после получения ею писем или новостей (чаще всего неприятного, волнующего содержания). Повышенную лабильность терморегуляции необходимо иметь в виду в случае изменения температуры тела под влиянием соответствующих словесных внушений.

Из иностранных авторов Крафт-Эбингу (Kraft-Ebing, 1888)[1] впервые удалось путем словесного внушения во внушенном сне вызывать у исследуемых на различные, заранее установленные сроки определенную температуру, как пониженную, так и повышенную.

Геллих и Марес (Hellig и Mares)[1] путем внушения «потери чувства холода и тепла» вызывали стойкую субнормальную температуру, державшуюся в течение нескольких суток на одном и том же уровне (34,5°).

Мор, Констамм и Эйхельберг (Mohr, Kohnstamm и Eichelberg, 1921) путем внушения в гипнозе приступа лихорадки и прекращения ее вызывали значительное повышение и понижение температуры тела.

Физиологическое обоснование приводимых нами данных, свидетельствующих о возможности воздействия на теплорегуляторную функцию путем словесного внушения, т. е. через кору мозга, дают исследования

[1] Цит. по Левенфельду.

Р. П. Ольнянской и А. Д. Слонима (Лаборатория, руководимая К. М. Быковым, 1938), доказавшие эту возможность. Влияние коры головного мозга на процессы терморегуляции ими было установлено в ряде случаев, причем условными раздражителями была не только та обстановка, в которой проводились исследования, но и фактор времени.

Случаи «истерических лихорадок», сопровождавшихся повышением температуры до парадоксальной величины (46°), описаны в отечественной литературе Новицким (1897), Фоссом (1904), Яковенко (1905), Хорошко (1908), Вальковским (1910), Стычинским (1923), Блуменау (1926) и др., а из иностранных авторов Сарбо (Sarbo, 1891), Дюбуа (1912), Дежерина (1912), наблюдавшего у девушки в течение 11 дней температуру 43—44,8°.

Игнорирование соматологами возможности такого рода эмоциогенной «лихорадки» ведет к диагностическим ошибкам.

Со своей стороны мы также могли бы привести пример эмоциогенной гипертермии. Нам пришлось наблюдать в клинике студента 24 лет, страдавшего неврозом истерического типа, с тяжелыми судорожными припадками, сопровождавшимися потерей сознания. Во время припадков температура повышалась до 42—43° шкалы обычного медицинского термометра. *Причина истерического невроза заключалась в весьма тяжелых переживаниях семейного характера.* После курса разъяснительной и гипносуггестивной терапии весь синдром вместе с явлениями гипертермии был устранен.

Приведенные выше исследования и клинические наблюдения должны остановить на себе внимание клиницистов, так как они свидетельствуют о действительной возможности появления резко выраженных температурных колебаний, так же как и стойкого субфебрилитета чисто функционального характера, нередко вводящего в заблуждение как интернистов, так и невропатологов. Колебания температуры под влиянием эмоций подчас приходится наблюдать у больных легочным туберкулезом с их лабильной под влиянием туберкулезного токсина вегетативной нервной системой, что необходимо учитывать фтизиатрам.

В заключение следует отметить, что в последние годы рядом авторов установлена возможность влияния словесного внушения также и на газообмен. Отметим прежде всего, что Р. П. Ольнянской (1950) и Н. С. Савченко (последний экспериментировал на собаках) было показано, что пребывание исследуемых в обстановке, связанной с совершавшейся ими в прошлом трудной мышечной работой, уже влекло повышение газообмена. То же самое наблюдалось и в «предрабочем» периоде, за которым систематически следовал период интенсивной мышечной работы. Анализ показал условнорефлекторную природу этих явлений.

В. М. Василевским и Э. М. Каганом (1935), а также Д. И. Шатенштейном (1935) было установлено, что под влиянием внушения в гипнотическом сне об утяжелении (или, наоборот, облегчении) выполняемой мышечной работы происходит резкое изменение газообмена.

В заключение отметим, что, как говорит К. М. Быков (1947а), «механизм влияний коры мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) — вот вопросы, разработка которых едва ли начата и ответ на которые может дать много неожиданного».

РЕАКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ПИЩЕВАРЕНИЕМ

Существование условнорефлекторного алиментарного лейкоцитоза с сопутствующим ему повышением кислотности желудочного сока впервые было установлено Н. В. Завадским (1925). Повышение кривой лейкоцитоза наступало, по его данным, ко времени или обычного

приема пищи, или наибольшей высоты пищеварения (на 1—3 часа позже). При изменении пищевого режима у исследуемых изменялось и время появления лейкоцитоза.

Правильность выводов Н. В. Завадского была подтверждена в нашей клинике П. П. Истоминым и П. Я. Гальпериным (1925), применявшими метод словесного внушения во внушенном сне.

У двух исследуемых в условиях голодания было получено увеличение количества лейкоцитов, у первого — на 1100 (с 5000 до 6100), у второго — на 1575 (с 4700 до 6275). В дальнейшем при подавлении чувства естественного голода внушением авторам удалось предупредить обычное повышение числа лейкоцитов, причем в привычный час еды количество их увеличилось с 5375 до 5425, т. е. всего лишь на 50. При втором таком же исследовании было получено уменьшение лейкоцитов (с 6300 до 5575). В третьем, *когда авторами был внушен повышенный аппетит* («Вам очень хочется есть!»), наряду с появившимся чувством голода поднялось число лейкоцитов на 1550 (с 5100 до 6650). Это повышение количества лейкоцитов оказалось бо́льшим, чем при действительном голодании. Такие же данные были получены и при повторном исследовании, проведенном через 4 дня. На этот раз количество лейкоцитов увеличилось на 2025 (с 4275 до 6300). На следующий день после этого путем соответствующего внушения аппетит был подавлен, что вызвало уменьшение числа лейкоцитов на 1425 (с 4975 до 3550). При повторном таком же исследовании (после суточного нормального пищевого режима) количество лейкоцитов снизилось на 1300.

П. О. Щеглову (1930) удавалось тоже словесным внушением во внушенном сне подавлять чувство голода и вызывать ощущение сытости или же, наоборот, после действительного обеда вызывать ощущение голода, что также учитывалось по содержанию лейкоцитов в крови, как это показано в табл. 4.

Таблица 4

	Количество лейкоцитов в крови			
	натощак	через час после внушенного обеда	через 1 час 20 минут после действительного обеда	после внушенного «чувства голода»
Исследуемый Щ.	4 600	13 800	11 200	8 600
Исследуемый А.	10 100	18 300	14 000	10 600

Аналогичные исследования по тому же гипносуггестивному методу проведены А. А. Топильским (1928—1929) в Ташкенте. Результаты идентичные.

Несколько иными по методике были исследования Глазера (1924), касающиеся влияния на лейкоцитоз как мысленно переживаемого исследуемым приема того или иного рода пищи, так и действительного приема ее. Глазер установил тождество колебания количества лейкоцитов в обоих случаях.

Вне сомнения, данные этих исследований могут служить доказательством возможности влияния с помощью слова на состояние голода и сытости, как и доказательством условнорефлекторного характера алиментарного лейкоцитоза в этих случаях. Следует принять во внимание приведенные выше данные Н. В. Завадского и Я. М. Лобача (1928), а в последнее время С. К. Киселевой (1951), устанавливающие наличие условнорефлекторного алиментарного лейкоцитоза у здоровых людей и у психи-

чески больных. Отметим, что А. Г. Урин и Е. С. Зенкевич (1952, 59 исследований у 25 больных) также установили наличие условного лейкоцитарного рефлекса на время еды. В лаборатории К. М. Быкова (1949) получены условные лейкоцитарные реакции на фактор времени и у собак.

Все это говорит о том, что рефлекторный алиментарный лейкоцитоз представляет реакцию не только на принятие пищи, но и на соответствующее внушение словом, на мысленное представление о еде, а также на привычное время приема пищи, являясь, таким образом, условнорефлекторной реакцией на определенные условные раздражители, в том числе и на фактор времени.

Отметим, что, интересуясь вопросом о состоянии мышечного тонуса желудка при ощущениях голода и сытости, мы провели в 1933 г. рентгеноскопические исследования у нескольких лиц. Полученные нами данные показали, что во время переживания исследуемым, находящимся в состоянии внушенного сна, чувства голода желудок имеет резко выраженную перистальтику, причем мышечный тонус желудка повышается, а его нижний полюс поднимается значительно кверху. При внушении же состояния сытости желудок опускается, переходит в состояние гипотонии, дает картину некоторого расширения, перистальтика его обычная (или даже несколько понижена), эвакуация замедлена.

Следует подчеркнуть, что воздействия, оказываемые путем словесного внушения на чувство голода и сытости, могут быть направлены в сторону или подавления усиленного аппетита, или же повышения его при отсутствии влечения к еде, или, наконец, в сторону устранения извращенного влечения к определенного рода пищевым продуктам, противопоказанным для больного. Эти возможности клиницистам следует иметь в виду в тех случаях, когда необходимо быстро поднять питание больного или же, следуя медицинским показаниям, временно совсем подавить влечение больного к еде, или ограничить это влечение.

Для иллюстрации приведем наблюдения пропедевтической терапевтической клиники Харьковского медицинского института, где этот метод в 1924 г. применялся В. М. Коганом-Ясным.

1. Больная Н., 10 лет, диагноз: «сахарное мочеизнурение», жалобы на неудержимый голод. Последнее обстоятельство вынуждало ее нарушать диэту, беря тайком по ночам у больных запрещенные ей пищевые продукты, поедая даже отбросы пищи и т. п. В условиях инсулиновой терапии это прямым образом мешало выравниванию у нее углеводного обмена. Было использовано соответствующее внушение, проведенное в дремотном состоянии, после которого, как пишет автор, у девочки «несомненно, понизилось чувство голода, а также жажды», вследствие чего она смогла быть дисциплинированной в отношении принятия пищи, строго подчиняясь в этом указаниям лечащего врача. Все это способствовало тому, что количество сахара было доведено до нуля и ацетон был устранен (наблюдение В. М. Когана-Ясного).

2. Больная К., 52 лет, диагноз: «сахарное мочеизнурение». С большим трудом переносила назначенную ограничительную диэту. После нескольких сеансов соответствующих внушений она стала строго соблюдать диэту, в результате чего через 2 недели больная была выписана из клиники без лечения инсулином, причем сахар и ацетон в моче не содержались.

3. Больная Л., 36 лет, по совету лечившего ее врача обратилась к нам с жалобой на постоянное чувство голода и жажды. Ежедневно съедает по 2—2,25 кг хлеба и по 800 г мяса, сверх того берет хлеб на ночь под подушку. Количество выпиваемой ею воды не меньше 25—30 стаканов в день, «пью воду, как утка»,— говорит больная. При этом у нее тотчас же после каж-

-ного приема пищи вновь появляется мучительное чувство голода, причем всякая попытка воздержаться от дальнейшего приема пищи неизменно ведет к возникновению чрезвычайной общей слабости. Больна в течение 10 лет. Мучительный голод впервые появился внезапно, когда больная делала покупки в продуктовом магазине: у нее закружилась голова и тотчас же появилось чувство голода, не покидающее ее с этого момента ни на один час. Со времени заболевания больная стала быстро полнеть; в последнее время из-за тучности с трудом передвигалась. Несколько лет назад лечилась тиреоидином, но безрезультатно. За год до обращения в диспансер лечилась у невропатологов, один из которых назначил ей индиферентную микстуру, а другой — тиреоидин и режим ограничения еды. В течение 2-месячного лечения потеряла в весе 8 кг, но чувство голода ее не покидало, так же как и нарастающая слабость, особенно в руках и ногах. Рентгенологическое исследование, а также анализ крови и другие исследования не показали ничего патологического.

Принимая во внимание безрезультатность лечения в прошлом, была проведена психотерапия, сначала в покое при закрытых глазах (по В. М. Бехтереву), а затем в дремотном состоянии, причем больной разъяснялось, что «ощущение голода ни в коей мере не связано с потребностью организма в таком количестве пищи, а вызывается раздражением участков головного мозга, ведающих подобного рода ощущениями». Затем ей императивно внушалось: «Приемы пищи вы легко можете ограничить, и это никакой слабости за собой не повлечет. Ощущение голода вы в состоянии подавить, повышенная потребность в еде у вас постепенно стихает и исчезает!». Кроме того, были установлены последовательные суточные лимиты количества принимаемой пищи: сначала ей была внушена потребность съедать не более 800 г хлеба в день, затем в течение последующих дней — не более 400 г в день и, наконец,— не более 300 г. Однако на последней порции больная смогла оставаться только несколько дней, так как, по ее словам, при этой суточной норме чувствовала себя слабой и просила увеличить порцию хлеба. Было «прибавлено» еще 200 г хлеба в день, что ее вполне удовлетворяло. Одновременно внушалось ограничение потребления жидкости (не более 2 стаканов в день плюс обед), причем было внушено, что у нее «отсутствует всякое влечение к сладостям и мучному!».

Как показали еженедельные взвешивания, больная постепенно стала *терять в весе; за 2 месяца она потеряла 10 кг, причем отмечалось* нарастающее хорошее самочувствие и, наряду с похуданием, полное отсутствие слабости (чего не наблюдалось, как указано было выше, при лечении тиреоидином). В течение последующего нашего 15-летнего наблюдения чувствовала себя хорошо (рис. 64). После выздоровления больная демонстрировалась в психоневрологической секции Харьковского медицинского общества и 26/III 1929 г.— на заседании Харьковского общества эндокринологов. Следует подчеркнуть, что в данном случае, как и в предыдущих, имелось функциональное нарушение, ошибочно принимавшееся за органическое (наблюдение И. В. Халфон).

Влияние словесного внушения на функцию **пищеварительных желез** также явилось предметом специальных исследований ряда авторов.

Так, Гейер (Heyer, 1923) показал, что в случае внушения о «приеме пищи», производимого во внушенном сне, состав желудочного сока претерпевает изменение, стоящее в зависимости от характера и состава этой мнимо принятой пищи. Дельгун (Delhougne) и Гансен (1927) получили те же результаты и в отношении поджелудочной железы: в зависимости от характера той «пищи», «принятие» которой внушалось путем соответ-

ствующего словесного воздействия во внушенном сне, соответствующие изменения возникали и в составе сока поджелудочной железы. Так, в случае внушения «мясной пищи» в соке обнаруживали трипсин, в случае «углеводной пищи» — диастазу, а «жировой» — липазу. Исследования Ландгейнриха (Landheinrich, 1922) показали, что характер желчи также может быть изменен в зависимости от внушаемого приема той или иной пищи: при внушении приема сухой пищи, лишенной жиров, желчь выделяется светлая и жидкая, в то время как при внушенном приеме «жирной пищи» — густая и темная.

В полном соответствии с этими данными амбулаторные и клинические наблюдения также показывают, что внушение словом является вполне эффективным методом лечения психогенных дисфункций желудочно-кишечного тракта. Для иллюстрации приводим ряд типичных примеров.

1. Больная Н., 30 лет, обратилась к нам с жалобами на исхудание, общую слабость, ежедневные мучительные тенезмы со слизистым жидким стулом (2—3 раза в день и 2 раза ночью). Болеет в течение 5 месяцев, по профессии балерина, переведена на инвалидность. В начале заболевания стул был и днем, и ночью до 10 раз в сутки, затем снизился до 5 раз в сутки (2—3 раза днем и 2 раза ночью), но всегда с большим количеством слизи. По назначению врачей, поставивших диагноз энтероколита, боль-

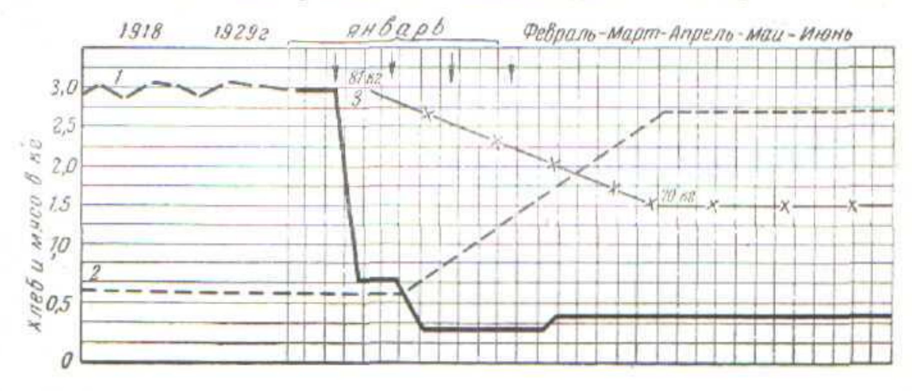


Рис. 64. Схема эффективности суггестивной терапии больной булимией, полидипсией и ожирением.

1 — количество килограммов хлеба и мяса, съеденное больной за сутки; 2 — самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение); 3 — вес тела; стрелки обозначают сеансы суггестивной терапии.

ная была вынуждена соблюдать крайне изнурявшую ее строгую диэту. Сульфидин, как и дисульфан, помогали лишь в период их приема, другие мероприятия (клизмы, компрессы, фармакологические средства) нисколько не облегчили ее состояние, не дало результата и пребывание на курорте.

Нами была вскрыта острая психическая травма: дисфункция кишечника началась на следующий день после того, как Н. внезапно провалилась по колени в яму с холодной водой и была этим чрезвычайно напугана. Вечер был холодный, и она боялась простудить свои ноги. На следующий день после этого случая началась описанная дисфункция кишечника, стойко зафиксировавшаяся на длительное время (5 месяцев). Все это свидетельствовало о возникновении в коре мозга патологически инертного раздражительного процесса («больной пункт» по И. П. Павлову).

Учитывая это обстоятельство, мы с разрешения лечившего ее курортного врача и консультанта доцента К., применили психотерапию в форме

успокаивающего словесного внушения в легкой дремоте о забвении пережитого ею случая с последующим одночасовым сеансом внушенного отдыха во внушенном сне.

После этого сеанса «впервые за все время ночь прошла спокойно», без обычных двукратных позывов. Днем же стул был с небольшим количеством слизи, причем только 2 раза. После второго сеанса внушения, также с последующим одночасовым сном-отдыхом, стул стал однократным и совершенно нормальным, вследствие чего больная была переведена на общий курортный стол.

В дальнейшем работоспособность ее быстро восстановилась. Находилась под нашим наблюдением в течение 5 лет и была совершенно здорова.

Таким образом, двумя сеансами мотивированного словесного внушения, сделанного во внушенном дремотном состоянии с одночасовыми сеансами внушенного отдыха во внушенном сне, дисфункция кишечника, длившаяся в течение ряда месяцев, была радикально устранена.

2. Больной С. З., 35 лет, поступил с жалобами на ощущение давления и боли в груди при прохождении пищи после ее проглатывания, отдающие *в правую половину груди и к позвоночнику, и на рвоту, возникающую* после принятия пищи. Как было выяснено, он был направлен в Харьков в хирургическую клинику Харьковского медицинского института (зав.— проф. В. Н. Шамов) на операцию по поводу «опухоли пищевода», но так как рентгенологическое исследование никаких отклонений от нормы не обнаружило, больной был направлен в психотерапевтическое отделение диспансера.

Путем углубленной анамнестической беседы были выявлены крайне тяжелые для него семейные переживания, длившиеся непрерывно в течение $2^1/_2$ лет, что и привело к психогенно развившемуся неврозу в форме спазма пищевода, обусловленного наличием соответствующего коркового «больного пункта». После пяти сеансов психотерапии, проведенных во внушенном сне, наступило полное выздоровление. Оставался под наблюдением 3 года; рецидивов не было (наблюдение И. Н. Мураховской).

3. Больная Н., 46 лет, поступила с жалобами на длящиеся в течение $1^1/_2$ лет боли в области желудка, спорадически возникающие поносы и запоры (вследствие этого наступила боязнь принимать пищу), прогрессирующее исхудание, раздражительность, бессонницу. Так как был диагносцирован «рак желудка», больной назначена операция, что еще более ухудшило ее общее состояние. В анамнестической беседе установлено наличие тяжелой психической травмы, перенесенной $1^1/_2$ года назад (нападение на ее квартиру бендеровской банды). Проведено восемь сеансов словесного внушения во внушенном сне (через день). Внушалось общее успокоение, спокойное отношение к пережитому, прекращение болей, нормальное функционирование кишечника, возвращение прежнего хорошего самочувствия, восстановление аппетита и хорошего ночного сна и т. д. Это дало положительный эффект: здоровье полностью восстановилось, прибавила в весе в течение месяца 2 кг. Боли в области желудка прекратились после первого же сеанса. С каждым сеансом, после которого был дан продолжительный внушенный отдых во внушенном сне, состояние улучшалось (наблюдение Е. А. Ворониной).

4. Больной С., 21 года, направлен к нам для консультации. Страдает в течение 4 месяцев неустранимыми поносами (5—6 раз днем и 2—3 раза ночью). В течение всего этого времени находился на строгой диэте. Съеденный им кусок хлеба или мяса вызывает боли в подложечной области. Сначала имелось подозрение на язву желудка, что не оправдалось. Последующие диагнозы терапевтов: «катарр желудка», «колит». Все виды лечения оказались безрезультатными.

Путем анамнестической беседы удалось установить, что не так давно пережил острую психическую травму: вечером во время ужина, сидя у окна своей комнаты, был испуган неожиданным выстрелом на улице под самым окном. С этого момента и возникла стойкая, непрекращающаяся дисфункция желудочно-кишечного тракта.

Применена психотерапия. В состоянии глубокой дремоты сделаны внушения: «Пережитый вами случай испуга забыт, кишечник в полном порядке, деятельность его уже восстановилась, вы вполне здоровы!» На следующий день больной заявил, что «ночь прошла хорошо: кишечник не беспокоил!», а утром кишечник действовал один раз. После 2-го сеанса днем стул нормальный, после 3-го сеанса больному разрешена разнообразная пища, так как «никаких жалоб на какие-либо явления со стороны желудочно-кишечного тракта» он не предъявляет. Выписан здоровым. Положительный катамнез 5 лет.

Следует отметить, что у данного больного произошел срыв высшей нервной деятельности, возникший в условиях острой сшибки двух создавшихся в коре мозга мощных очагов концентрированного возбуждения. Один из этих очагов был связан с приемом пищи, а следовательно, с работой вкусового и двигательного анализатора (жевательная мускулатура), с деятельностью секреции пищевых желез и имел в данных условиях характер очага доминантного возбуждения. Другой же очаг внезапно возник в сфере деятельности звукового анализатора, вследствие сверхсильного при этих условиях раздражения (внезапно происшедший выстрел). Создавшаяся при этом сильная астеническая эмоция (испуг) привела к нарушению динамической структуры, лежавшей в основе пищевой доминанты. Это имело своим следствием возникновение в соответствующем участке коры мозга «больного пункта», что и привело к глубокому и стойкому нарушению всей системы корковой регуляции деятельности пищеварительного аппарата.

Таким образом, мы видим, что по отношению ко всем описанным больным терапевты совершенно не учли возможности психической травмы и развития на этой основе невротического состояния.

В заключение напомним давно известное гипнологам положительное влияние внушения словом при запорах, подчас весьма упорных.

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больная У., 28 лет, после перенесенной ею полостной операции в течении длительного времени страдала отсутствием самостоятельной деятельности кишечника, вследствие чего вынуждена прибегать к клизме. Больная была приведена нами в дремотное состояние и в этом состоянии ей было утвердительно внушено: «С завтрашнего дня, т. е. с 29 января, ваш кишечник будет действовать регулярно между 10 и 11 часами утра!» Как больная впоследствии сообщила, с 29 января не было случая, когда бы кишечник не работал самостоятельно и именно утром, в указанное время.

Ограничимся этими примерами, которые легко можно было бы приумножить, так как кортикогенные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта встречаются нередко. Отметим, что на пищеварительной системе ярче всего проявляется установленная лабораториями К. М. Быкова пусковая и регулирующая функция коры мозга. Мы полагаем, что это может способствовать научному обоснованию лечебного воздействия, оказываемого путем словесного внушения на кортикогенные расстройства функций пищеварительной системы.

Как известно из повседневной жизни, т о ш н о т а и р в о т а нередко могут вызываться «психическим путем»: достаточно, например, некоторым лицам, обладающим повышенной реактивностью рвотного центра, услышать разговор о тошнотворных запахах или вспомнить о касторовом масле и т. п.,

как у них тотчас же появляется тошнота, а в иных случаях и рвота. Это говорит о том, что такая реакция возникает у них через кору мозга, т. е. условнорефлекторным путем.

Нередко приходится наблюдать патологически упорную рвоту психогенного характера. Такая рвота обычно диагносцируется терапевтами как симптом заболевания желудка, чем и обусловливается безрезультатность применяемого ими в таких случаях лечения. Приведем пример.

1. Больная К., 19 лет, обратилась к нам с жалобами на приступы мучительной тошноты и частую рвоту, нерегулярные и не связанные с приемом пищи, на отсутствие аппетита и угнетенное состояние. Болеет $1^1/_2$ года, причем за один год потеряла в весе 8 кг. Вначале тошнота и рвота возникали изредка, а затем участились. Диагноз поликлиники: «катарр желудка».

В психотерапевтическом отделении была выявлена острая психическая травма, во время которой больная почувствовала тошноту, а затем последовала рвота. С тех пор при встречах с виновником этих переживаний (ее соседом) неизменно появлялись все описанные реакции, т. е. образовался патологический условный рвотный рефлекс. Эта условная рвотная реакция постепенно генерализовалась, проявляясь в ответ на самые различные раздражители, так или иначе связанные с личностью виновника переживания. Больная направлена терапевтами в невропсихиатрический диспансер. Разъяснительная психотерапия не дала эффекта, но последующие четыре сеанса внушения во внушенном сне устранили весь синдром. Находилась под наблюдением в течение 7 лет, рецидива не было.

Как известно, у некоторых лиц рвотная реакция может быть вызывана путем соответствующего внушения, сделанного как в бодрствующем состоянии, так особенно во внушенном сне. Пользуясь этим обстоятельством, мы иногда при лечении алкоголиков вызываем у них внушением во внушенном сне тошноту и рвоту, одновременно внушая больному, что он «пьет рюмку водки». Таким путем у них вырабатывается и упрочивается отрицательная условнорефлекторная реакция на данный раздражитель, причем, как показывает опыт, в этих условиях в коре мозга, действительно, создается достаточно прочная условнорефлекторная связь.

Добавим, что больным, страдающим психогенными эзофагоспазмами и пилороспазмами, также должна быть применена психотерапия (как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне).

Следует отметить, что одним из объективных признаков реализации внушенной тошноты может служить реакция со стороны пульса. На рис. 65 и 66 приведена картина реакции со стороны пульса и со стороны дыхания.

Объективными являются и наши рентгеноскопические данные: внушенное ощущение тошноты вызывает повышение тонуса желудка в целом, поднятие его кверху и антиперистальтические движения. Создается впечатление, что вот-вот желудок выбросит содержимое через пищевод наружу.

Аналогичные явления наблюдал и наш сотрудник А. Е. Бреслав: при внушении тошноты рентгеноскопически обнаруживается резкое тотальное сокращение желудка, до полного выпадения тени всей каудальной части желудка, так что бариевая масса поднимается до верхней его стенки. В другом случае при внушении тошноты наблюдалось ослабление перистальтики и небольшое тотальное сокращение тела желудка (предвестник рвоты). В третьем случае при внушении подступающей рвоты наступило заметное спастическое уменьшение объема желудка, а верхний уровень бариевой массы поднялся кверху на 5—6 см.

Как показали исследования С. П. Иоффе (1942), выполненные под нашим руководством, оказалось возможным путем внушения воздействовать

на рвотный центр и в противоположном направлении: рвота, вызванная подкожной инъекцией 1 мл 0,5% раствора апоморфина, подавлялась или предупреждалась соответствующим словесным внушением. Приводим некоторые его данные.

1. Наблюдаемому К., находящемуся в бодрствующем состоянии, подкожно введен 1 мл раствора апоморфина. Через 4 минуты появилось общее беспокойство, тошнота и сильная рвота, через 6 минут — беспрерывная рвота, длившаяся в течение одной минуты. На 10-й минуте наступило полное успокоение.



Рис. 65. Изменение пульса после словесного внушения в гипнотическом сне: «Тошнит!» и «Не тошнит, все спокойно!». Цифры обозначают число пульсовых колебаний.

Через 4 дня исследуемому введена подкожно та же доза апоморфина. Через $3^1/_2$ минуты появилась сильная тошнота, рвота и общее беспокойство. Сразу усыплен, во внушенном сне внушено: «Тошнота и рвота пре-

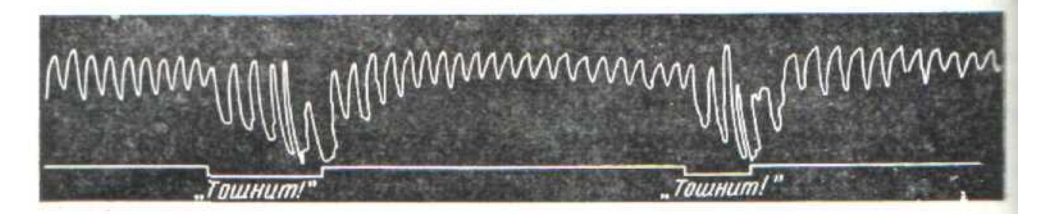


Рис. 66. Реакция дыхания во внушенном сне на словесное внушение: «Тошнит!».

кратились!». Находился во внушенном сне в течение 15 минут. Проснулся без чувства тошноты, без позывов на рвоту; после пробуждения тошнота и рвота не возобновлялись.

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности влияния с помощью словесного внушения на состояние и деятельность рвотного центра. Кроме того, исследованиями с применением апоморфина подтверждается возможность устранения путем словесного внушения также непсихогенной рвоты и притом не только условнорефлекторной, но также безусловной как экзогенной, так и эндогенной. Такова, например, рвота, возникающая после химического наркоза в послеоперационном периоде, а также рвота при токсикозах беременности, о чем речь будет итти дальше.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИНКРЕТОРНЫХ И ЭКСКРЕТОРНЫХ ЖЕЛЕЗ

Как известно, кора мозга оказывает свое воздействие также на состояние и деятельность эндокринного аппарата. Остановимся на рассмотрении вопроса о возможности влияния с помощью слова на состояние эндокринной системы.

Прежде всего необходимо отметить часто встречающиеся случаи психогенной формы гипертиреоза различной тяжести. Нередко в таких случаях врачи, игнорируя возможность психогении, безрезультатно применяют различные виды симптоматического лечения, иногда даже хирурги-

ческое вмешательство. *Между тем психотерапия в этих случаях может* принести существенную пользу.

Начнем с рассмотрения весьма тяжелого гипертиреозного состояния, наблюдавшегося нашей сотрудницей З. А. Копиль-Левиной в 1934 г. Этот случай убедил нас в возможности психогенной формы заболевания, патогенетическим методом лечения которой является психотерапия.

1. Больная К., 32 лет, поступила с диагнозом бурно развивающейся формы гипертиреоза, с явлениями тяжелой интоксикации и резкого истощения (выраженный базедов синдром). Срочно стационирована в хирургическую клинику, назначена на операцию. Однако осуществить операцию не удалось вследствие крайнего волнения больной перед предстоящей операцией, двигательным возбуждением и «страхом смерти на столе». Для *«успокоения нервной системы» направлена в клинику неврозов, где* находилась в течение 6 недель. Разъяснительная психотерапия и физиотерапия оказались безрезультатными. Больная, вследствие нарастающего ухудшения, направлена в психотерапевтическое отделение диспансера для подготовки к хирургическому вмешательству.

При исследовании обнаружено: резкое истощение, слизистая оболочка губ и концы пальцев цианотичны, значительное увеличение щитовидной железы, выраженные явления декомпенсации сердца, тахикардия (130—150 ударов в минуту), значительно выражено пучеглазие, блеск глаз, положительные симптомы Граффе и Мебиуса, усиленный гипергидроз. Артериальное давление 145/50 мм, основной обмен повышен до 120%. Больная эмоционально-лабильна, тревожно угнетена, считает себя *безнадежно больной. Начало заболевания относит к 1932 г., когда после* тяжелой и длительной болезни умер ее муж, а вскоре после этого последовала болезнь и смерть единственной дочери. Сначала больная стала отмечать несвойственную ей повышенную раздражительность, слезливость, боли в области сердца, сердцебиения, субфебрильную температуру, затем, со времени потери дочери,— припухлость передней части шеи, повышение жажды и потоотделения, причем эти симптомы быстро нарастали. Вследствие этого переведена на инвалидность второй группы и направлена «на хирургическую операцию по жизненным показаниям».

Применена психотерапия во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха (в амбулаторных условиях). Оказалась хорошо гипнабильной, что, повидимому, находилось в связи *с ослабленным болезнью тонусом коры головного мозга. Больной было* внушено спокойное отношение к пережитому, уверенность в выздоровлении, хороший ночной сон, отсутствие необходимости в операции и т. п. Вначале сеансы проводились ежедневно, причем было отмечено, что во внушенном сне пульс замедлялся до 90 ударов в минуту, оставаясь замедленным до 110 ударов и в постгипнотическом состоянии. *После* 3-го сеанса больная отметила улучшение общего состояния, ночной сон стал спокойным и глубоким, улучшилось настроение. Заявила, что у нее «появилась надежда на выздоровление». После 6-го сеанса резко уменьшилась одышка, наступило общее успокоение: «Готова даже лечь на хирургический стол, если это понадобится!» После 9-го сеанса отмечено уменьшение пучеглазия и окружности шеи на 2 см, пульс 80—90 ударов в минуту.

Всего проведено 15 сеансов с последующим внушенным сном-отдыхом (по 1—$1^1/_2$ часа) после каждого сеанса. В итоге был устранен весь симптомокомплекс, газообмен и температура нормализовались, значительно уменьшилась щитовидная железа. Больная прибавила в весе на 4,5 кг. Через 6 месяцев после лечения общее состояние хорошее, с работой вполне справляется, жалоб нет, щитовидная железа не увеличена. В течение последующих 3 лет больная «практически здорова, к врачам не обращается».

В том же диспансере наблюдался аналогичный случай резко выраженного психогенного гипертиреоза у мужчины 39 лет, излеченного также с помощью психотерапии.

Эти наблюдения послужили толчком к постановке специальных исследований, проведенных нашим сотрудником М. И. Кашпур в более широком масштабе, и имели целью выяснить значение психогении в развитии тиреотоксикозов и возможности применения при этом психотерапии.

Приводим случай влияния внушения при нарушении функции эндокринно-вегетативной системы.

2. Больной К., 16 лет, обратился с жалобами на приступы безотчетного страха в сумерки, доходящего до ужаса. В течение остального времени суток — тоска, депрессия, общая слабость, абсолютная неработоспособность, по ночам также бессонница. Спать может только днем, да и то плохо. Амбулаторное лечение (препараты брома и валерианы, обтирания, гальванизация позвоночника, массаж простаты), так же как и психотерапия убеждением, не дало никаких результатов. Столь безрезультатным оказалось лечение, проведенное невропатологом. Через 2 месяца после начала заболевания состояние ухудшилось: попытки к самоубийству, по ночам истерический плач «от тоски», своим поведением измучил мать и соседей, которые просят «куда-нибудь его перевести».

Применена гипносуггестивная терапия. С 1-го сеанса по 7-й была вызвана только сонливость; при этом внушалось отсутствие страха и тоски, спокойствие, сон по ночам. Все явления стали более слабыми, хотя и не исчезали, бессонница же продолжалась попрежнему. После 8-го сеанса впервые наступил здоровый сон, исчезли все мучительные для больного симптомы, появилось бодрое настроение, жизнерадостность, восстановилась работоспособность. Всего было проведено 11 сеансов. Больной оставался под наблюдением в течение года. Рецидива не было (наблюдение В. Л. Шатского, 1926).

Ввиду совпадения начала заболевания с развитием признаков пубертатного периода можно предположить связь возникшего функционального нарушения высшей нервной деятельности с этим периодом развития организма. Это наше предположение основывается на высказываниях по этому поводу А. Г. Иванова-Смоленского (1949), который, касаясь условий развития патологических состояний высшей нервной деятельности, подчеркивает, что по данным павловской школы, отчетливые, но обычно быстро проходящие и вполне обратимые изменения высшей нервной деятельности наблюдаются и при эндокринно-вегетативных перестройках чисто физиологического, а не патологического характера. Данный случай, повидимому, может быть отнесен именно к этой категории.

Здесь же следует отметить, что в патогенезе болезни Деркума также может лежать психогения. Приводим картину развития болезни Деркума, наблюдавшуюся И. З. Вельвовским в заведуемой нами нервной пропедевтической клинике; эта болезнь также была успешно устранена психотерапией.

3. Больной К., 35 лет, подвергся нападению, перенес побои, был под угрозой лишения жизни. От тяжелых переживаний через несколько дней поседел, а спустя некоторое время у него развилась типичная картина болезни Деркума с множественными отдельными липомами и с большими и очень болезненными жировыми складками. Было применено несколько сеансов психотерапии во внушенном сне, причем внушения были направлены на общее успокоение, забвение картины нападения, устранение бессонницы, состояния тревоги и страха. Это привело к успокоению, полному восстановлению сна, значительному уменьшению величины и полному исчезновению болезненности жировых складок и липом.

Таким образом, нарушения корковой динамики, обусловленные перенапряжением основных корковых процессов, интоксикацией, истощением корковых клеток и т. п., могут проявиться в виде тех или иных эндокринных нарушений, устранение которых в свою очередь может быть достигнуто путем словесного воздействия, направленного на устранение имеющихся нарушений корковой динамики.

Как известно, деятельность молочных желез весьма сильно подвержена воздействиям, идущим со стороны коры головного мозга. «Не подлежит сомнению,— говорит В. М. Бехтерев (1906), что выделение молока находится под влиянием корковых импульсов». В частности, он приводит наблюдения, когда «молоко выбегало струей из грудных сосков исключительно только под влиянием соответствующих психогенных моментов». При этом, по его словам, «психические явления, сопровождающиеся *приятным самочувствием, способствуют большему нагрубанию* молочных желез и более обильному отделению молока, тогда как аффекты противоположного характера приводят к уменьшению отделения молока, внезапные же психические влияния в виде испуга даже совершенно прекращают отделение молока». Так, в опытах М. П. Никитина (лаборатория В. М. Бехтерева), поставленных на овцах в период лактации, при кимографической регистрации капель молока (при помощи введенных в протоки молочных желез стеклянных канюль) было установлено, что при нанесении болевых раздражений, так же как и при чрезвычайных световых или звуковых раздражениях (вспышка магния, выстрел из пистолета), отделение молока прекращалось. Наоборот, вид и голос ягненка тотчас же вызывали усиленное отделение молока.

Имеются указания на то, говорит В. М. Бехтерев, что «не только количество, но и качество молока подвергается изменению под влиянием психических моментов, особенно же под влиянием угнетенного настроения».

Далее хорошо известно, что в послеродовом периоде женщину очень часто беспокоит малое количество молока, недостаточное для кормления ребенка, а иногда и полное его отсутствие; иногда же, наоборот, молочные железы резко нагрубают, что сопровождается сильной болью и может привести к невозможности нормального кормления.

Естествен вопрос, можно ли оказывать воздействие на состояние лактации путем соответствующего словесного внушения.

Как показывает клиническая практика, таким путем, действительно, можно вызывать изменение деятельности молочных желез в сторону как гиперлактации, так и гиполактации или даже полного прекращения лактации. Приводим два характерных наблюдения, сделанных нами совместно с К. И. Лавровой.

1. Больная Н., 36 лет, стационирована по поводу радикулита. Во время кормления грудью 3-месячного ребенка получила неприятное известие, сильно взволновалась, потеряла аппетит и сон, много плакала. На следующий день заметила резкое уменьшение молока; при надавливании *на молочную железу молоко едва выделялось отдельными каплями*. Беспокойство за ребенка и обострившиеся боли еще больше ухудшили состояние больной. Развилось тревожно-угнетенное состояние с навязчивыми мыслями депрессивного характера. Несмотря на уверения мужа, что с его увольнением произошло недоразумение и что он восстановлен на работе, она не успокаивалась. Разъяснительная психотерапия также не дала результата. Проведено три сеанса словесного внушения во внушенной дремоте соответствующего содержания, после чего больная совершенно успокоилась, причем восстановилось и нормальное отделение молока.

2. Больная Б., 26 лет, доставлена в больницу каретой скорой помощи по поводу «послеродового психоза». У больной 3-месячный грудной ребенок, которого она кормит только правой грудью, так как страдает маститом левой молочной железы, по поводу которого была дважды оперирована. После второй операции, проходившей при сильном волнении, общее состояние больной резко ухудшилось: появились навязчивые мысли о смерти, «беспричинная тревога», безотчетное «стремление куда-то итти», вследствие чего было решено прервать кормление грудью. Однако прекращение кормления грудью и тугая повязка в течение $2^1/_2$ недель не уменьшили количества отделяемого молока из здоровой молочной железы.

При поступлении больной левая молочная железа воспалена, отечна и резко болезненна при пальпации. На месте разрезов два свища.

Применена психотерапия в виде мотивированного словесного внушения во внушенной дремоте. Внушалось успокоение и прекращение лактации. На следующий день после первого сеанса выделение молока уменьшилось, причем впервые в течение ночи повязка была сухой. Под влиянием последующих сеансов внушения свищи быстро зажили и прекратилось выделение молока из обеих молочных желез. Больная выписана в хорошем состоянии.

Добавим к этому, что нам пришлось наблюдать у одной больной 32 лет непрекращавшееся 4 года после родов обильное выделение молока из обеих молочных желез, обусловленное перенесенными ею во время родов тяжелыми переживаниями семейного характера. В течение 4 сеансов психотерапии во внушенном сне (внушение полного успокоения, забвение пережитого ею во время родов и пр.) это заболевание было устранено.

Все это является иллюстрацией, с одной стороны, расстройств функции молочных желез под влиянием неблагоприятных второсигнальных воздействий и отрицательных эмоций, а с другой — положительной эффективности психотерапии, проведенной во внушенной дремоте. Психотерапия оказалась успешной при двух противоположных по своему характеру расстройствах функций молочных желез: если у первой больной прекратившееся выделение молока было восстановлено, то у второй избыточное его выделение было прекращено.

Наблюдений такого рода имеется довольно много. Большая работа проведена в этом направлении В. И. Здравомысловым (1949). В последнее время аналогичные многочисленные наблюдения сделаны М. Я. Милославским (1954).

Как известно, путем внушения словом, проводимого в бодрствующем состоянии или во внушенном сне, можно как устранять маточные кровотечения психогенного характера, так и вызывать их наступление. Этот факт впервые был отмечен еще Н. И. Кольским (1887).

Приведем примеры устранения психогенных меноррагий путем словесного внушения.

1. Больная М., 18 лет, обратилась с жалобами на удлинившиеся менструации, которые в последующем перешли в постоянные и упорные кровотечения. Проведенные мероприятия, вплоть до дефлорирования и пробной операции abrasio, не дали эффекта. Путем анамнестической беседы было установлено наличие тяжелых переживаний семейного характера, что и привело к возникновению меноррагии. Проведено три сеанса психотерапии во внушенном сне с соответствующими внушениями, что привело к устранению меноррагии и дало возможность урегулировать в дальнейшем нормальную менструальную деятельность (наблюдение П. П. Истомина, 1929).

2. Больная Г., 35 лет, страдает в течение 3 лет упорным и сильным маточным кровотечением, сопровождающимся резкими болями. Безре-

зультатно лечилась в ряде клиник, улучшение наступало каждый раз, когда, применяя какой-либо новый вид лечения, ей говорили: «Это вам поможет!», но затем заболевание снова принимало прежний характер.

Однажды на курорте лечащий врач ей сказал: «Месяца через 4 вам будет лучше, но это заболевание настолько тяжелое, что один курс курортного лечения вам не поможет, нужно приехать на следующий год!». И, действительно, через 4 месяца наступило облегчение, но лишь на $1^1/_2$ месяца, а затем снова ухудшение, сопровождавшееся обострением болей. Последние месяцы ухудшение прогрессировало: крайне обильные кровяные выделения, резкое исхудание, эритроцитов 3 600 000, гемоглобина 26%.

В связи с этим врачи предложили немедленно произвести экстирпацию матки и яичников. По собственной инициативе больная обратилась в психотерапевтический диспансер.

Анамнез показал, что 3 года назад во время менструации она ехала поздно вечером на подножке железнодорожного вагона, переполненного пассажирами, причем ее сильно тревожила мысль: «Можно застудить менструацию!» На вторую ночь после этого менструация перешла в сильное кровотечение с резкими болями. С тех пор кровотечение не прекращается.

Применена психотерапия в легком дремотном состоянии, сделаны внушения: «Ваше заболевание — результат страха тревоги и самовнушения, сейчас все это у вас прошло окончательно, кровотечения нет, болей нет, все идет и будет итти хорошо!» После сеанса, как говорила больная, она «почувствовала себя совсем другой: болей нет, исчезло давление внизу живота, ощущается какая-то пустота и легкость!» Самостоятельно отправилась пешком домой и шла, как она сама потом говорила, «чем дальше, тем энергичнее», сама поднялась на 5-й этаж, чего с начала заболевания без посторонней помощи делать не могла. Кровотечение и боли прекратились в тот же день, непосредственно после сеанса внушения. Через $1^1/_2$ месяца, чувствуя себя вполне здоровой, поехала в Крым и на Кавказ, где совершала прогулки по горам; менструации приняли нормальное течение. Находилась под наблюдением 6 лет, менструации нормальны, переживаемые неприятности и огорчения на них не отражаются (наблюдение Н. В. Вареп).

Таким образом, в данном случае всего лишь один сеанс психотерапии потребовался для того, чтобы радикально устранить тяжелое заболевание, обусловленное психогенией, возникшее у лица с тревожно-мнительным характером, повидимому, принадлежащего к сильному варианту слабого общего типа нервной системы.

Достаточно хорошо известна *неукротимая рвота беременных*, обычно прекращающаяся лишь с прерыванием беременности, а иногда, если своевременно не оказана помощь, приводящая к летальному исходу. Эта весьма мучительная истощающая рвота, наряду с другими тягостными симптомами, заставляет акушеров изыскивать самые разнообразные консервативные способы сохранения беременности. Но нет ни одного фармакологического средства, которое было бы в этих случаях вполне эффективным. Было выдвинуто несколько теорий происхождения этого тяжелого состояния, однако ни одна из них не была признана; «токсикозная» теория также гипотетична.

Наблюдавшиеся спорадические случаи успешного лечения рвоты беременных словесным внушением заставляют многих исследователей считать эти явления психогенными. Следует отметить, что возможность оказывать психическим путем влияние на соматические процессы до последнего времени априорно отвергалась.

Наши многолетние наблюдения говорят о том, что из всех методов консервативного лечения словесное внушение является при этом страдании

единственным средством, в огромном большинстве случаев вызывающим прекращение *не только рвоты, но и других сопутствующих тяжелых явлений* со стороны эндокринно-вегетативной системы. Так как этому виду терапии рвоты беременных до сих пор должного значения не придавалось, мы считаем необходимым привести несколько типичных примеров положительного воздействия, оказываемого в этих случаях внушением словом во внушенном дремотном состоянии с последующим длительным внушенным отдыхом в гипнотическом сне.

Первый положительный эффект словесного внушения при тяжелой рвоте беременной наблюдался нами еще в 1912 г.

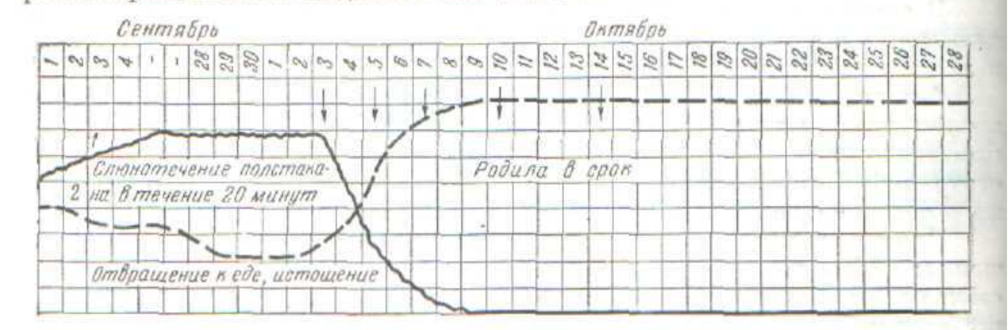


Рис. 67. Схема эффективности гипносуггестивной терапии токсикоза у беременной А.

1 — слюнотечение; *2* — самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение); стрелки — сеансы гипносуггестивной терапии.

Психотерапия успешно применялась нашим сотрудником М. О. Пайкиным (1930), нами совместно с Ф. Б. Цепкинской и Р. Я. Шлифер (1930, 1936, 1941, 1949) и акушером И. Т. Цветковым (1941). Это заставило нас уделить методу лечения рвоты беременных внушением большое внимание *и настойчиво проводить его в жизнь.*

Приводим наиболее показательные из этих наблюдений, иллюстрируя их соответствующими схемами.

1. Беременная А., 30 лет, с весьма тяжелым и упорным слюнотечением; 7-я неделя двенадцатой беременности; последние восемь беременностей были прерваны из-за слюнотечения, так как никакие лечебные мероприятия не достигали цели. Первый сеанс психотерапии, проведенной в дремотном состоянии, дал значительное облегчение. Последующие два сеанса прекратили саливацию, параллельно уменьшению которой улучшалось и самочувствие. Родила в срок (рис. 67) (наблюдение М. О. Пайкина).

2. *Больная Б., 27 лет, обратилась в диспансер на 8-й неделе третьей* беременности (две первые прерваны искусственно из-за слюнотечения и рвоты). Непрерывное слюнотечение днем и ночью, рвота до 50—60 раз в сутки, голодает, истощена и совершенно неработоспособна.

Приведена в дремотное состояние, в котором ей сделано внушение о прекращении рвоты. Эффект получен положительный: выделение слюны сильно уменьшилось и до утра следующего дня рвоты не было. На следующий день рвота была около 20 раз, но самочувствие заметно улучшилось. После следующих сеансов рвота и склюнотечение совершенно прекратились, появился аппетит. На 5-й день после начала лечения больная вышла на работу. Интересен следующий эпизод: *в течение всего периода рвоты* больная спала на своей кровати, а незадолго до начала психотерапии перешла на диван, на котором и спала в дальнейшем; однако, как только она снова перешла на свою кровать, рвота в ту же ночь возобновилась. Один

сеанс словесного внушения прекратил ее. Как мы видим, в данном случае имел место рвотный условный рефлекс, связанный с определенной ситуацией, при которой заболевание развилось и упрочилось (рис. 68).

Остановимся на весьма показательном случае, когда положительный эффект был связан также с психотерапией.

3. Больная А., 22 лет, беременна второй раз (первая беременность прервана из-за рвоты), причем рвота началась на 8-й неделе, а к 10-й неделе дошла до 30—40 раз в сутки. Стационирована, получает бромиды, аутогемотерапию, хлоралгидрат, что дало некоторое улучшение, а в дальнейшем как будто и положительный результат. Но общая слабость и отвра-

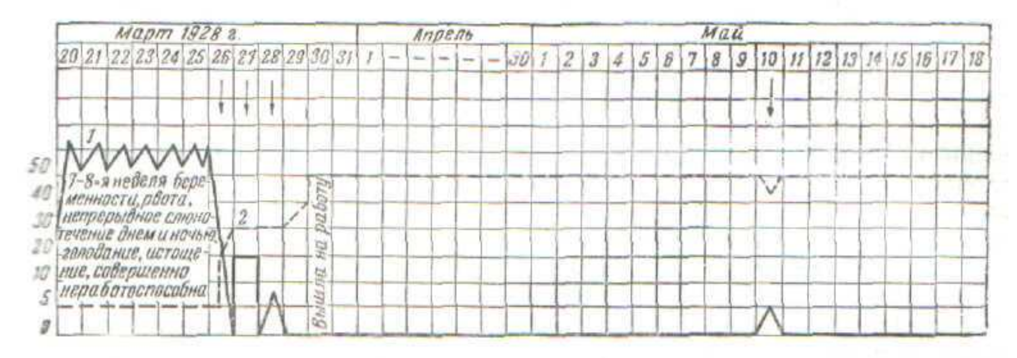


Рис. 68. Схема эффективности гипносуггестивной терапии неоднократной рвоты у беременной Б.

1 — частота рвоты за сутки; 2 — самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение); стрелки — сеансы гипносуггестивной терапии.

щение к еде, по словам больной, не покидали ее. После выписки из больницы снова рвота (до 30—40 раз в сутки, днем и ночью), то же отвращение к еде. Фармакотерапия безрезультатна: больная не покидает постели, частые обморочные состояния, прогрессирующее исхудание. Один из акушеров предложил прервать беременность, назначена операция. По совету другого акушера муж больной обратился за психотерапевтической помощью.

Накануне операции проведен первый сеанс психотерапии: вызвано состояние покоя, а затем и дремоты. Применена следующая формула внушения: «Вы отдыхаете, рвоты больше нет, можете есть все, к пище отвращения нет, наоборот, есть влечение, она вызывает у вас аппетит, съеденная вами пища удерживается, у вас имеется уверенность в сохранении беременности и в том, что роды пройдут благополучно! Итак, рвоты больше нет, самочувствие хорошее, кушаете все с большим удовольствием!» По пробуждении — хорошее самочувствие, с видимым удовольствием больная съела два бутерброда и немного бульона. В этот день рвоты не было, принимала пищу, самочувствие весь день было удовлетворительным. В дальнейшем в дни сеансов внушения рвоты не было, нарастал аппетит, увеличивалось количество съедаемой пищи, улучшалось общее самочувствие. В другие дни, когда сеанса внушения не было, рвота возникала только при попытке есть.

Интересно отметить результат случайной трехдневной паузы в психотерапии: больная тревожна, в течение дня каждая попытка принять пищу вызывает рвоту, ночью плохо спит «из-за боязни возобновления рвоты». Наконец, снова проведен очередной сеанс внушения, после него рвоты не было весь день, ест хорошо. В дальнейшем проведено еще пять сеансов через различные промежутки времени с внушением прекращения рвоты и

тошноты навсегда. Рвота прекратилась, самочувствие хорошее. В начале следующего месяца иногда рвота бывала один раз по утрам; самочувствие и аппетит хорошие. По настоянию мужа в конце месяца был проведен еще один сеанс внушения, окончательно прекративший рвоту. Родила в срок. Следует отметить, что имевшийся в моче ацетон исчез на 5-й неделе после начала психотерапии. Как мы видим, психотерапия дала положительный эффект, сохранив беременность и устранив необходимость в хирургическом вмешательстве (рис. 69).

Эти наблюдения свидетельствуют о возможности эффективного воздействия внушением не только на психогенные расстройства, но и на нормальные эндокринно-вегетативные перестройки, происходящие в организме беременной. Добавим, что такой же эффект терапии токсикозов беременности наблюдал В. И. Здравомыслов (1930, 1938).

Обычно принято думать, что если внушение словом устраняет данное нарушение (скажем, неукротимую рвоту беременной), то это значит, что последнее является психогенным. Однако мы с сотрудниками наблюдали около 115 беременных с эндокринно-вегетативными синдромами различной сложности и с хореическим гиперкинезом (Е. А. Воронина), причем положительный результат психотерапии был отмечен у 84% [1]. Акушер М. В. Вигдорович (1949) за 16 лет применил гипносуггестивный метод у около 400 больных с токсикозами беременности, положительные результаты психотерапии наблюдались у 90%. При этом во всех случаях, когда никакой психогении установлено не было, отмечалось явное преимущество психотерапии и безрезультатность медикаментозной.

Таким образом, с помощью словесного внушения оказывается возможным восстанавливать нарушенное гормональное и нейро-гуморальное состояние организма. Вне сомнения, этим путем не только устраняется патологически прочно зафиксирвавшаяся рвотная реакция и другие сопутствующие ей симптомы, но и создаются в организме беременной глубокие биохимические сдвиги.

С. П. Иоффе (1941) в своей кандидатской диссертации сделал первые шаги для объективного доказательства сдвигов в обмене веществ при токсикозах беременности, действительно происходящих под влиянием словесного внушения соответствующего содержания во внушенном сне. Так, у 10 наблюдаемых им больных с токсикозами беременности исчезла в процессе лечения гипогликемия, причем ослабление ее началось уже после одного-двух сеансов психотерапии. Все это еще раз свидетельствует, что происходящие в организме человека биохимические процессы, как и нейро-гуморальные соотношения, регулируемые корой головного мозга, могут быть изменены путем словесного воздействия.

ДЫХАНИЕ, КРОВООБРАЩЕНИЕ, КОЖНАЯ ТРОФИКА

Работы сотрудников К. М. Быкова, а также наши наблюдения (1930) показали, что функция дыхания также изменяется и регулируется по механизму условного рефлекса, причем в этом случае возможно образование прочно зафиксированных динамических структур. Их функциональный характер и условнорефлекторная природа с полной очевидностью доказываются успехом воздействия на них словесного внушения.

Так, по данным Д. Э. Штеймана и М. И. Ксендзовского (1938), а также Я. М. Бритвана (1940), путем словесного внушения во внушенном сне удается вызвать различные формы периодического дыхания, что может иметь значение для выяснения генеза расстройств дыхательного ритма.

---

[1] См. нашу работу в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, 1949.

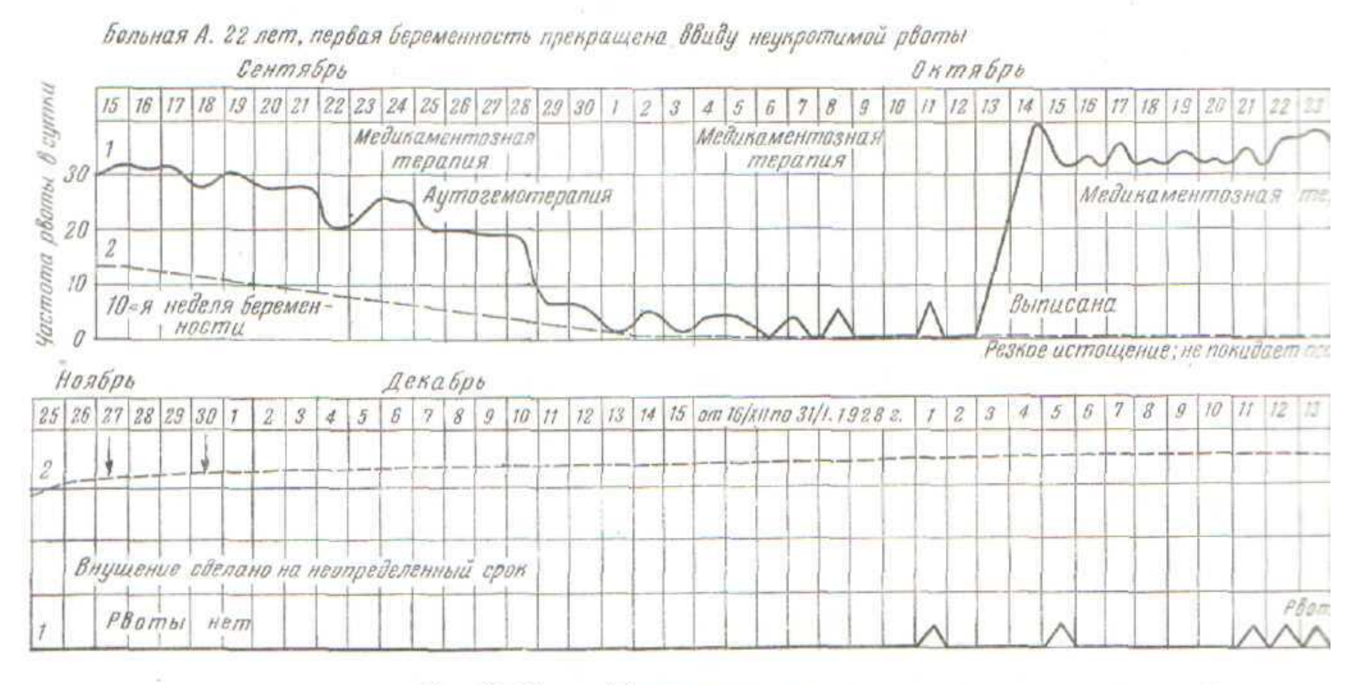
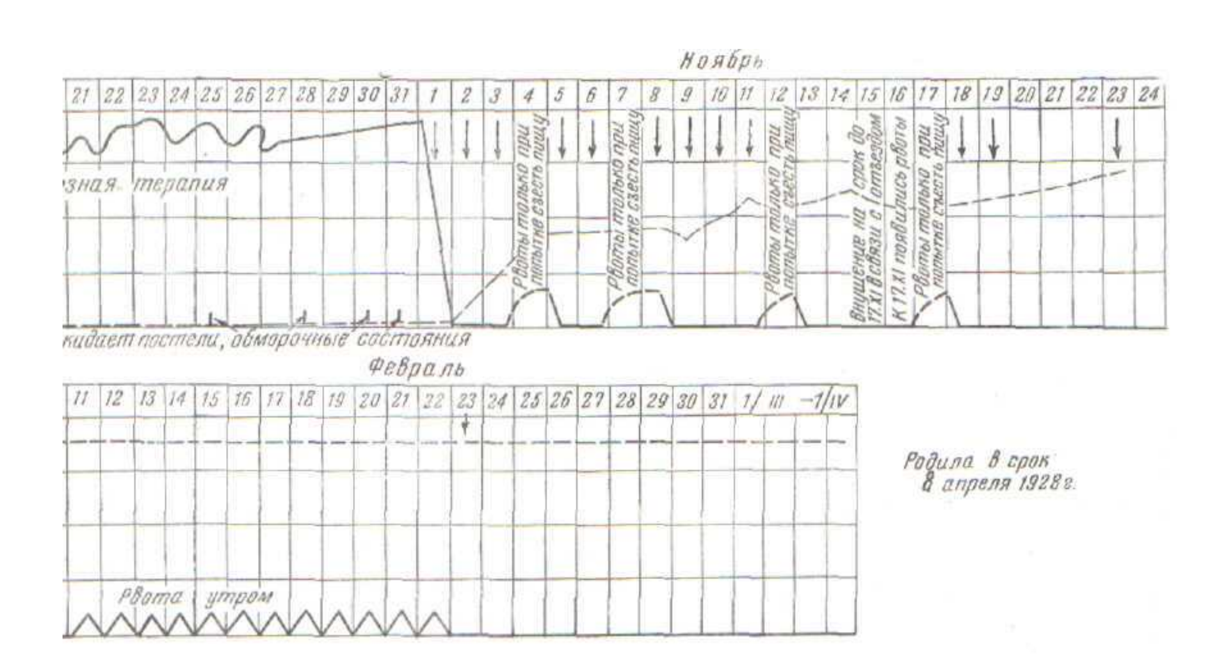


Рис. 69. Схема эффективности гипносуггестивной терапии неукротимой рвоты у



рвоты у беременной А. Обозначения те же, что и на рис. 68

Участие коры мозга в развитии астматических приступов, так же как и их условнорефлекторный характер, подтверждаются повседневными наблюдениями. Об этом свидетельствует, например, то обстоятельство что, по данным А. В. Триумфова (1949), приступ бронхиальной астмы вызывался у больного не только обычным для него аллергеном — запахом розы, но и рисунком этого цветка.

Небезинтересно наше наблюдение, касающееся больной, страдавшей $1^1/_2$ года тяжелой формой астмы, припадки которой развивались каждый раз после гриппа, а нередко и под влиянием различных аллергенов обонятельного характера. Больная избавилась от своего недуга после нескольких сеансов словесного внушения во внушенном дремотном состоянии.

1. *Больная С., 45 лет, страдала приступами бронхиальной астмы*, развившейся в период климакса. Приступы начались 4 года назад и выражались в виде сильного кашля, сердцебиения и состояния удушья, длящихся в течение 2—3 часов. Вначале приступы возникали с промежутками в несколько месяцев, но со временем участились, повторяясь через каждые 5—6 дней. Применявшаяся фармакотерапия была безрезультатной. Аллергеном являлись запахи (одеколон, эфир и т. п.).

В последнее время приступы еще более участились, повторяясь через 3—4 дня, и сделались более тягостными для больной, чаще всего возникая ночью. Вместе с тем у больной развился страх перед приступами *и боязнь дуновения воздуха, запаха пищи, мыла, спирта, пудры, иода*, так как «все это могло вызвать приступ». Возник страх спать при закрытых дверях, так как «если будет приступ, будет тяжело дышать».

Проведен сеанс рациональной психотерапии, после которого наблюдалось некоторое успокоение и надежда на выздоровление. Последующие сеансы внушений, проведенные в дремотном состоянии, привели к значительному улучшению здоровья больной: она стала спокойно переносить запахи (одеколона, иода, спирта, пудры, табака), перестала бояться спать одна в комнате, выходить на балкон, начала заниматься хозяйством. После курса лечения (шесть сеансов внушения) стала выходить на улицу. Чувствует хорошо, приучает себя спокойно относиться к тем раздражителям, воздействия которых раньше боялась. Положительный катамнез 2 года. С возникающими время от времени легкими рецидивами заболевания больная легко справляется самостоятельно.

Приводимый ниже пример представляет интерес в отношении механизма возникновения этого заболевания.

2. Женщина, работавшая в поле, была внезапно испугана пожаром, *возникшим в селе, где остались ее маленькие дети. Будучи охвачена* страхом за своих детей, она, задыхаясь, пробежала в гору 1,5 км, пока, наконец, могла установить, что пожар возник в противоположной части села от ее дома, после чего она упала в полном изнеможении. Вскоре после этого случая у нее появились провоцируемые отрицательными эмоциями приступы удушья, в дальнейшем проявляющиеся в виде приступов астмы, тянувшейся свыше 5 лет. Проведен курс психотерапии: 10 сеансов внушений во внушенном сне полностью устранили приступы (наблюдение Е. С. Каткова).

Приведем еще одно наблюдение, также свидетельствующее о высокой *степени эффективности психотерапии такого рода заболеваний.*

3. Больной П., 43 лет, инвалид II группы, состоял на санаторном лечении (г. Хоста, санаторий «Звездочка») по поводу бронхиальной астмы, а также миокардиодистрофии, недостаточности кровообращения и хронического доброкачественного полиартрита. Жалобы на частые тяжелые приступы удушья, возникающие преимущественно в ночное время, а также на кашель, боли в суставах рук, повышенную раздражительность,

эмоциональную лабильность, появившиеся 8 лет назад после полученной больным на фронте контузии. При волнениях приступы удушья повторяются по 3—5—7 раз в сутки, причем такое состояние продолжается в течение 1—1½ месяцев.

Больной в начале приступа сам вводит себе 0,5 мл адреналина, 1 мл кофеина или 2 мл камфоры, после чего на некоторое время приступы прекращаются, однако дыхание остается тяжелым (затрудненный вдох, постоянные хрипы). Объективно: в легких при перкуссии — коробочный звук, при аускультации — жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, подвижность нижних краев легких ограничена. Данные рентгеноскопии: легкие эмфизематозно расширены, гилюсы тяжистые, широкие, плотные, справа небольшая сердечно-диафрагмальная спайка.

Проведен сеанс внушения словом в бодрствующем состоянии, после которого больной почувствовал некоторое улучшение: стало легче дышать, появилась вера в выздоровление. Следующий сеанс, проведенный во внушенном сне, продолжался в течение одного часа. Сделано внушение: «Приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились!» Через двое суток проведен еще сеанс. Общее состояние хорошее, причем после первого же сеанса, проведенного во внушенном сне, внушение реализовалось полностью: приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились. Последующими тремя сеансами, проводившимися во внушенном сне, положительный лечебный эффект был закреплен. На протяжении всего последующего пребывания больного в санатории приступы астмы ни разу не появлялись, исчезли хрипы, дыхание стало совершенно свободным, исчезли боли в суставах и повышенная раздражительность, появилось жизнерадостное настроение, прибавил в весе 3 кг; выписан в хорошем состоянии (наблюдение И. А. Жукова, 1952).

Данный пример интересен тем, что прежнее разнообразное амбулаторное и стационарное лечение [подсадки печени и селезенки по Румянцеву, новокаиновая блокада по Вишневскому, инъекции алоэ 2 раза в день (всего 60 инъекций), теофедрин, антастман, адреналин с кофеином и камфорой, сухие банки и т. д.] не давали положительного лечебного эффекта, в то время как первый же сеанс словесного внушения во внушенном сне все приступы бронхиальной астмы совершенно устранил. Как мы видели, психогенез заболевания врачами в данном случае учтен не был и применявшаяся ими симптоматическая терапия не давала эффекта.

Заслуживают внимания наблюдения П. К. Булатова и П. И. Буля (1953), которые вызывали типичный приступ бронхиальной астмы у больных астмой путем соответствующего внушения во внушенном сне. Такой приступ сопровождался всеми присущими ему эндокринно-вегетативными проявлениями. Обратным внушением вызванный таким способом приступ тотчас же устранялся.

Таким образом, аллергические заболевания, и в том числе бронхиальная астма, представляющие картину упрочившегося патологического условного рефлекса, достаточно хорошо поддаются гипносуггестивной терапии. Повидимому, это обусловлено тем, что, как отмечает Ю. П. Фролов (1949), легкие, обладая богатой интероречепцией, «служат своего рода экраном, на котором проицируются сложнейшие мозговые процессы». Как и все другие внутренние органы, легкие также могут участвовать в образовании условнорефлекторных связей. В силу этих временных связей и может, по данным Ю. П. Фролова, при определенных условиях формироваться патофизиологический механизм, лежащий в основе бронхиальной астмы. По словам Ю. П. Фролова, припадок бронхиальной астмы — это «типичный условный интероцептивный рефлекс, фиксирующий однажды установившиеся отношения в коре головного мозга», возникновение которого может

быть обусловлено тем, что «два очага возбуждения, возникающие одновременно и в коре мозга, и в центре регуляции тонуса бронхов, совпадают друг с другом во времени. По закону условных рефлексов между такими очагами образуется временная связь».

По Л. Л. Васильеву и М. В. Черноруцкому (1953), в основе патогенеза бронхиальной астмы лежит возникновение патологической доминанты в нервных центрах, регулирующих мышечную и железистую функцию бронхов. Очевидно, этой подкорковой патологической доминанте отвечает соответствующий корковый «больной пункт». Если на подкорковую патологическую доминанту могут оказывать свое воздействие фармакологические препараты и физиотерапевтические средства, то на корковый больной пункт должна влиять психотерапия. Соответственно этому и сам приступ бронхиальной астмы может возникнуть и как условный рефлекс на внешние и внутренние патогенные раздражения первой или же второй сигнальной системы.

То, что дыхательная функция имеет свое корковое представительство, следует из работ лаборатории К. М. Быкова (1927); его сотрудниками Г. П. Конради и З. В. Бебешиной были получены условнорефлекторным путем изменения в характере дыхательной вентиляции. Отметим также, что В. М. Бехтеревым (1907) была установлена возможность выработки дыхательного условного рефлекса у собаки.

Отсюда следует, что на этой основе легко могут создаваться условия для развития того «невроза легких», каким по существу и является бронхиальная астма. При этом, как подчеркивает Ю. П. Фролов, фаза выдоха у человека особенно «перегружена» вследствие того, что на ней базируется вся многообразная функция речи. Именно по этой причине, по его мнению, она и страдает в первую очередь. При этом клиническая картина заболевания нередко проявляется лишь через 6—7 месяцев после травмы. Естественно, что последствия могут сказаться в форме нарушения корковой регуляции любых исполнительных аппаратов, как и многих других соматических функций. В данном случае это выражается в нарушении тонуса гладких мышц бронхов.

Таким образом, мы видим, что одним из возможных результатов воздействия, оказываемого на корковую динамику словесного внушения, может быть высвобождение функций физиологически нижележащих отделов центральной нервной системы, причем это может быть достигнуто путем торможения вышележащих отделов, в норме регулирующих их работу.

В литературе о внушении и гипнозе имеются многочисленные указания на возможность влияния с помощью словесного внушения на деятельность сердца, на состояние сердечно-сосудистой системы и, в частности, на возможность вызывать те или иные изменения в состоянии *сосудодвигательного* аппарата.

В качестве примера местного расстройства кровообращения, вызывавшегося путем прямого словесного воздействия, можно привести известный опыт Шарко, проведенный им в 80-х годах прошлого столетия: исследуемому, находящемуся во внушенном сне, в течение нескольких дней подряд внушалось, что его правая рука набухает, становится отечной, делается толще другой, твердой, багровой и холодной. Действительно, через некоторое время правая рука исследуемого стала толще левой, сделалась твердой, багровой и температура ее понизилась на 3°.

И. Р. Тарханов (1881) приводит наблюдение, когда человек произвольно вызывал ускорение сердцебиения без изменения ритма дыхания. Моссо (1887) установил плетизмографически, что при умственной работе происходит уменьшение объема предплечья вследствие сужения его сосудов, в то время как сосуды мозга расширяются. К. Нагель (1889) показал, что

раздражение кожи горчичником, а также одно представление об этом вызывают сильное повышение внутричерепного давления. Л. А. Корейша (1928), используя капилляроскопию, установил, что при неврозах состояние сосудов меняется под влиянием внушения словом. С. П. Боткин, так же как и И. Р. Тарханов, допускает возможность прямой связи между корой мозга и подкорковыми центрами, через которые реализуется влияние на ритм сердечной деятельности.

Возможность образования условных рефлексов на деятельность сердечно-сосудистой системы известна уже давно. Условный сердечный рефлекс впервые был получен Чалым (1914)[1] в лаборатории В. М. Бехтерева путем сочетания во времени болевого раздражения кожи (безусловный раздражитель) с шумом прерывателя индуктория. Позднее Л. Л. Васильев и В. А. Подерни (1930), используя электрокардиографический анализ, наблюдали условнорефлекторные симпатикотропные сдвиги. Ваготропные изменения в деятельности сердца были получены условнорефлекторным путем Г. Н. Сорохтиным, К. Ю. Тургелем и О. П. Минут-Сорохтиной (1934). Н. И. Красногорский (1935) наблюдал условнорефлекторную тахикардию и брадикардию у подростков.

В дальнейшем в лабораториях, руководимых К. М. Быковым (В. Е. Делов, 1939; Е. Г. Петрова; Г. А. Самарин, 1942; Н. И. Левитин, 1947; К. М. Смирнов, 1940, 1941, и др.), были выработаны условные рефлексы на сердце и зарегистрированы электрокардиографически реакции на различные условнорефлекторные воздействия и фармакологические агенты (морфин, нитроглицерин, адреналин, строфантин и др.). Установив возможность воздействия через кору головного мозга на деятельность сердечно-сосудистой системы, К. М. Быков подчеркивает, что влияния коры мозга на сердце не ограничиваются его хроно- и инотропными изменениями, а распространяются на весь миокард и проводящую систему. Кортикальные влияния на сердце понятны, как говорит И. П. Павлов, сердце должно приспособляться ко всяким изменениям не только всего организма, но и каждого его органа.

Возможность воздействия с помощью слова на деятельность сердца и на функциональное состояние кровообращения изучалась также в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского. Так, повышение артериального давления, выработанное у подростков Н. И. Козиным (1935) на звонок, в дальнейшем было им получено также на слово «звонок», произносимое не только экспериментатором, но и самим исследуемым. Аналогичные данные были получены Л. И. Котляревским (1936) при выработке условной связи на сердце (феномен Данини-Ашнера): замедление сердечной деятельности наступало не только в ответ на звонок, но и на словесный раздражитель — «брадикардия». Все эти факты указывают на участие коры мозга в регуляции кровяного давления и деятельности сердца.

Ниже приводятся наблюдавшиеся нами случаи стойкого положительного эффекта лечения словесным внушением некоторых функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, в частности, пароксизмальной тахикардии.

1. Больной К., 46 лет, обратился с жалобами на приступы пароксизмальной тахикардии, которыми страдает в течение 19 лет, причем в день бывает по 10—15 приступов. Светлые промежутки бывают редко (до 10 дней). Пульс 150—180 ударов в минуту. Начало заболевания связывает с ангиной, перенесенной 19 лет назад, причем первый приступ тахикардии длился 10 суток. В дальнейшем ангины всегда давали последующий

[1] Цит. по В. М. Бехтереву (1929).

10-дневый приступ тахикардии. В течение 7 лет ангин не было, с этого времени и приступы тахикардии также видоизменялись: стали короткими (по нескольку минут) и редкими.

Во время Великой Отечественной войны перенес ряд психических травм. После войны приступы снова участились и стали длительными, затягиваясь до 10 дней. Медикаментозное лечение (хинин) было безрезультатным. В последние годы приступы стали возникать во время чтения лекций, что приводило к срыву их. Отсюда возник и упрочился страх чтения лекций, что привело к состоянию крайней депрессии. Кроме того, развилась боязнь, что «за срывы лекций его снимут с работы». Таким образом, один страх боролся с другим. Свое состояние больной характеризует как «вечный страх приступа», а отсюда и «настораживание и прислушивание к работе сердца» и «неуверенность во всем». Ночной сон стал плохим: долго не может заснуть, спит повышенно чутко, раздражителен, часто впадает в отчаяние, работоспособность резко упала. Стационирован в терапевтическую клинику. Однако проведенное здесь лечение заметных положительных результатов не давало. Объективно: митральный порок (сужение и недостаточность), полная компенсация.

Нами была применена психотерапия. После 2-го сеанса внушения, проводимого во внушенном сне, большие приступы прекратились, но страх лекций держится, хотя «во время лекции приступ уже не возникает». После 6-го сеанса приступы сделались мимолетными, страх лекций исчез, свободно читает лекции, ночной сон улучшился. Всего проведено 13 сеансов, причем последними 3 сеансами полученный положительный эффект лечения был закреплен. Наблюдался в течение 3 месяцев, катамнез положительный: резкое улучшение настроения, вернулась уверенность в себе и «желание жить и работать». За это время провел большую научную конференцию, оформил две научных работы, лекции читает свободно, если во время лекции возникает приступ, то он лекцию продолжает, не теряя логичности изложения и способности владеть собой. Приступы мимолетны, *светлые промежутки по 2—3 дня. Полученные положительные сдвиги* подтверждены терапевтом (наблюдение Е. С. Каткова и Б. О. Спивакова).

В данном случае невротическое заболевание в форме пароксизмальной тахикардии возникало у больного, повидимому, принадлежащего к сильному уравновешенному типу нервной системы, ослабленному перенесенным инфекционным заболеванием и рядом психических травм. Словесным воздействием заболевание было устранено: полностью восстановилось здоровье, и больной вернулся к нормальной трудовой деятельности.

2. Больная Д., 38 лет, доставлена в отделение неврозов в тяжелом состоянии, на носилках, с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, усиленную перистальтику кишечника, чувство озноба, дрожание рук, навязчивый страх умереть во время такого приступа. Считает себя больной около 3 месяцев; заболевание связывает с оперативным вмешательством по поводу мастита: перед операцией сильно волновалась, первый приступ возник вскоре после этих волнений, а в настоящее время приступы возникают 2—3 раза в день. Из-за боязни, как бы приступы не участились и не усилились, больная лежит неподвижно в постели, ее *кормят с ложки, предъявляет множество жалоб соматического характера,* целыми днями считает себе пульс, тяжело вздыхая, настроение подавленное. Первые дни пребывания в клинике настойчиво требовала сделать ей инъекции камфоры или других сердечных средств. Разъяснительная психотерапия, проведенная в бодрствующем состоянии, положительного эффекта не давала, лишь успокаивала на 5—10 минут. После четырех сеансов словесного внушения в дремотном состоянии больная начала меньше фиксировать свое внимание на сердце, приступы проявлялись реже, стала

вставать и ходить, включилась в трудовые процессы. После пяти сеансов выписана в удовлетворительном состоянии, причем приступы учащенного сердцебиения бывали один раз в 6—7 дней, отношение к приступам спокойное. Катамнез: здорова в течение 2 лет, работоспособна (наблюдение А. А. Соседкиной).

Как мы видим, на этот раз невротическое состояние с приступами тахикардии возникло у лица, повидимому, принадлежащего к сильному неуравновешенному типу нервной системы, и развилось по механизму самовнушения, на почве страха перед хирургической операцией по поводу мастита. Пятью сеансами словесного внушения во внушенном сне это состояние удалось резко ослабить, ~~полностью устранив его в условиях последующей трудовой деятельности.~~

В заключение приведем один пример тяжелого приступа психогенной тахикардии.

3. Больной З., 20 лет, лежит в постели в состоянии полной прострации, бледен, пульс 160 ударов в минуту, на вопросы едва отвечает. Причиной возникшего заболевания послужило тяжелое оскорбление, нанесенное ему товарищем, что привело сначала к длительному расстройству сна, а в дальнейшем — к возникновению упорной тахикардии.

Применена психотерапия: больной приведен в состояние внушенного сна и в этом состоянии сделано внушение полного успокоения и забвения пережитого случая. После пробуждения вполне спокоен, о нанесенной ему обиде говорит без волнения, реакций со стороны сердца не отмечается, тахикардия прекратилась полностью. Полученный результат оказался положительным и прочным (наблюдение В. М. Кислова).

Так как кора мозга может влиять на нейро-гуморальные и обменные процессы, протекающие в кожных покровах, то, следовательно, возможно как образование психогенных нарушений к о ж н о й т р о ф и к и, так и их устранение путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. с помощью прямой психотерапии.

Из давних наблюдений в этом направлении укажем на работу А. М. Зайцева (1904), который наблюдал у одной больной отечность век и множественные мелкие кожные кровотечения с выделением кровянисто-серозной жидкости. Эти явления имели психогенный характер и, по его данным, могли прекращаться (так же, как и вызываться вновь) путем словесного внушения во внушенном сне.

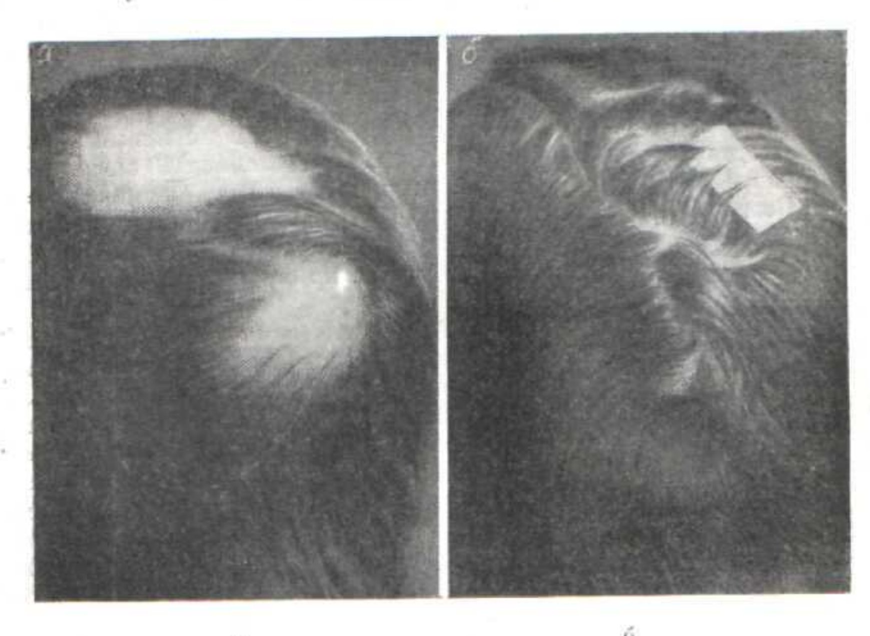
На возможность психогенеза некоторых кожных заболеваний в свое время указывал дерматолог П. В. Никольский (1910), отмечавший, что ряд кожных заболеваний, как, например, экзема, крапивница, псориаз, нервный зуд, может возникать под влиянием душевных волнений. Некоторые заболевания кожи, по мнению автора, могут образоваться также под влиянием внушения и самовнушения. По его данным, многие авторы, применяя для лечения этих заболеваний внушение в гипнозе, получали положительные результаты.

В этом направлении большую экспериментальную работу провел дерматолог А. И. Картамышев (1938, 1942) с сотрудниками (И. И. Потоцкий, И. А. Жуков и др.), а также Н. Г. Безюк (1939, 1941). А. И. Картамышев и Н. Г. Безюк признают возможность психогенеза и успешной психотерапии ряда кожных заболеваний: экземы, кожного зуда и т. д. Они приводят большое количество примеров из собственной практики.

Дежерин (1912) отмечал возникновение под влиянием психической травмы стойких явлений вазомоторного, секреторного и трофического характера. Бюнеман (Bünemann, 1925) считает, что в развитии некоторых форм кожных заболеваний играют роль психические моменты. Он полагал, что псориаз, экземы, фурункулез могут быть излечены путем психотерапии.

Для иллюстрации психогенеза некоторых дерматозов и эффекта их психотерапии приведем несколько примеров.

1. Больная М., 27 лет, обратилась с жалобами на облысение затылочной части головы, которое держится в течение одного года и является уже третьим в ее жизни: это явление возникало у нее всякий раз под влиянием острых душевных потрясений. Первый такой случай произошел 6 лет назад, когда она, возвратившись домой из отпуска, застала своего отца умирающим. Отец встретил ее словами: «Если бы я был здоров, о многом поговорил бы с тобой!». «У меня крепко сжались кулаки,— говорила больная,— и я ощутила сильный спазм в горле и страшный зуд по всей голове».



а б

Рис. 70. Психогенное островковое облысение.

а — до лечения; б — после гипносуггестивной терапии.

На другой день началось выпадение волос на голове, дошедшее через 3 недели до полного облысения. По ее словам, лечивший врач якобы сказал: «Одно душевное потрясение разрушает волосы, а другое, не менее сильное, восстанавливает их». Через 6 месяцев после внезапной смерти матери голова больной начала покрываться волосами. В дальнейшем весь волосяной покров головы пришел в норму. Далее, 3 года назад ее ребенок обварился кипятком, в ближайшие же дни после испуга, перенесенного больной, на ее голове снова возникло пятнистое облысение.

Следующие наблюдения представляют интерес с точки зрения эффективности лечения словесным внушением.

2. Больная М., 30 лет, обратилась с жалобами на диффузные мелкие и крупные локальные облысения головы месячной давности. По словам больной, волосы выпали после тяжелого острого переживания семейного характера. Как она сообщила, такие облысения, но в более слабой степени, бывали у нее и раньше, также после значительных волнений.

Применено внушение во внушенном дремотном состоянии больной с последующим длительным внушенным отдыхом в гипнотическом сне (12 сеансов). После проведенных сеансов внушения полностью восстано-

вился нормальный волосяной покров головы (рис. 70). Эту больную мы наблюдали в течение 10 лет; рецидивов не было. В данном случае представляет интерес также то обстоятельство, что острые переживания, перенесенные больной впоследствии, уже не вызывали явлений облысения. Мы склонны объяснить это теми профилактическими внушениями, которые нами делались во время лечения (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

3. Больной Б., 43 лет, поступил в психоневрологический диспансер с мокнущей экземой на нижних конечностях, с сильным зудом, лишающим больного сна. Страдает в течение 14 лет, обычная фармакотерапия безрезультатна, диагноз: эпидермодермит. После шести сеансов внушения в дремотном состоянии с последующим длительным внушенным отдыхом экзема исчезла. В этом случае, несмотря на то, что психогенеза выявить не удалось, все же лечебный эффект получился полный (наблюдение И. Н. Мураховской).

4. Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на невыносимый зуд кожи в области волосистой части головы, появившийся 10 месяцев назад, на угнетенное настроение, раздражительность и нарушение сна в связи с зудом. Безрезультатно лечился разнообразными медикаментозными средствами. Объективно: больной аффективно напряжен, нетерпелив, раздражителен; явился к психотерапевту, чтобы, по его выражению, «испытать последнее средство».

После разъяснительной психотерапевтической беседы, утвердившей веру больного в возможность излечения гипносуггестивным методом, проведено в течение 8 дней восемь сеансов гипносуггестивной терапии. Больной засыпал быстро и глубоко: после каждого сеанса зуд уменьшался, причем он реже появлялся в дневное время, что давало больному возможность работать. Но по утрам и перед сном зуд усиливался, вызывая раздражительное настроение и бессонницу. Постепенно, от сеанса к сеансу, зуд уменьшался и становился менее интенсивным. Дольше всего зуд держался по вечерам. К концу лечения зуд совершенно прекратился, больной стал менее раздражительным, восстановился сон. Положительный катамнез 3 года; дальнейшая судьба больного неизвестна. Диагноз: невротическое состояние (зуд кожи) (наблюдение М. И. Кашпур).

Возникает вопрос, не относится ли часть так называемых хронических неизлечимых экзем и других кожных заболеваний, упорно не поддающихся общепринятым методам лечения, к разряду эмоциогенных. И не потому ли они «неизлечимы», что к ним подходят не с должной стороны?

Нужно сказать, что положительный эффект психотерапии приходится наблюдать и при непсихогенных дерматозах. Ярким примером этого может служить результат лечения бородавок путем прямого или же большей частью косвенного внушения как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне, что наблюдалось и нами, и рядом других отечественных (А. Б. Манойлов, 1928; А. Е. Бреслав и Е. Н. Закаменная, 1931; А. И. Картамышев, 1936, 1942; Н. Г. Безюк, 1938), а также зарубежных авторов [Крафт-Эбинг, 1897; Пеш (Pech), 1923; Блох (Bloch), 1926—1927; Бонжур (Bonjour), 1924; Грумах (Grumach), 1927; Мюллер (Müller), 1932, и др.].

Однако несмотря на то, что по вопросу о возможном психогенезе и положительных результатах лечения словесным внушением определенных форм дерматозов имеется большая литература, советские дерматологи, кроме А. И. Картамышева, Н. Г. Безюка и некоторых других, проявляют в этом отношении значительную индиферентность и до последнего времени мало способствовали разработке вопросов психогенеза различных кожных заболеваний и их психотерапии.

Следует отметить, что психогения некоторых кожных заболеваний и успехи лечения словесным внушением непсихогенных дерматозов могут

быть объяснены главным образом воздействиями, идущими со стороны коры мозга, определяющей функциональное состояние всех тканей и органов.

К нарушению кожной трофики и тканевого кровоснабжения, возникающему под влиянием внушения словом, могут быть отнесены наблюдения внушенных ожогов, получающихся после соответствующего внушения во внушенном сне. Например, путем внушения, что «приложенный к телу предмет (например, монета) очень горяч и обжигает до боли!», действительно, через 2—4 часа на месте приложения монеты появляется волдырь, иногда дающий картину ожога второй степени.

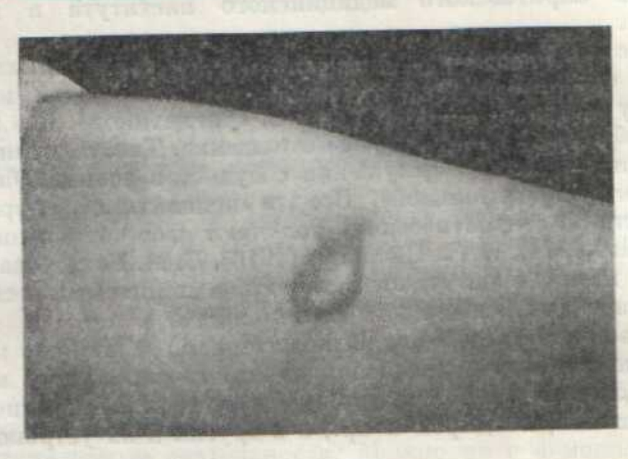


Рис. 71. Картина ожога II степени, полученного путем словесного внушения в гипнотическом сне.

Нужно сказать, что эти данные всегда были предметом наиболее скептического отношения к ним, несмотря на то, что наблюдения производились рядом отечественных (П. П. Подъяпольский, 1903, 1909; Д. А. Смирнов, 1909) и зарубежных исследователей [Шарко, 1885[1]; Крафт-Эбинг; Шульц (Schultz, 1909); и др.].

Н. Е. Введенский в своих лекциях 1911—1913 гг. приводит такой прием получения внушенного ожога: загипнотизированному проводят по руке костяшкой, рисуя восьмерку, и говорят, что это ему «прижгли руку», вскоре после чего на этом месте у него развивается воспалительный процесс как раз по линии прикосновения холодной костяшки к коже.

В реальности этого явления нам лично пришлось убедиться летом 1927 г., когда В. Н. Финне (1928) в присутствии проф. М. В. Черноруцкого, проф. К. И. Поварнина и ряда других лиц провел специальное исследование, которое все они непосредственно наблюдали.

Исследуемая М., 35 лет, хорошо гипнабильная, была приведена В. Н. Финне в состояние внушенного сна, после чего на внутреннюю поверхность ее левого предплечья приложена медная монета с соответствующим внушением: «К вашей руке приложен раскаленный металлический кружок, от него на вашей руке получился сильный ожог, вам больно!»

После пробуждения за исследуемой М. был установлен непрерывный контроль со стороны одного из врачей, участника конференции. Согласно протоколу наблюдения, через 25 минут после указанного выше внушения и пробуждения от внушенного сна на месте «ожога» появилось разлитое

---

[1] Цит. по А. Моллю (1909).

покраснение кожи, через 55 минут отмечена припухлость, через $2^1/_2$ часа в центре участка «ожога» появилось белое пятно, а через $3^1/_2$ часа на этом месте образовался волдырь (рис. 71).

П. С. Сумбаевым (1948) были вызваны путем внушения во внушенном сне самые разнообразные кожные трофические расстройства: «ожоги», «отморожения», «острый отек», «высыпания», а также «пигментация».

Следует отметить, что В. А. Бахтиаров (1928) описал случай внушения во внушенном сне мнимого удара, нанесенного по тыльной поверхности правого предплечья. Через несколько часов после этого на этом месте возник кровоподтек. Наблюдение было произведено в хирургической клинике Саратовского медицинского института в присутствии проф. Краузе.

В связи с этими исследованиями становятся понятными описанные в литературе «самопроизвольные» местные кровоточащие изъязвления, возникавшие у фанатиков так называемых стигматиков[1]. Все эти явления вызывали к себе самое разнообразное отношение. Так, вызванная Е. Вебером (1910) путем словесного внушения сосудистая реакция была названа Гейером (Heyer) «поразительной». Все эти «непонятные», «поразительные» явления, вплоть до стигматических, получают свое объяснение в работах В. М. Бехтерева (1914), И. С. Цитовича (1916), В. М. Бехтерева и В. Н. Мясищева (1928) и, наконец, становятся вполне понятными в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Итак, из всего приведенного нами материала видно, что кожная трофика также может быть подвержена влияниям через кору мозга путем словесного внушения, приводящим в одних случаях к возникновению дерматозов, облысений, волдырей и пр., а в других к их устранению.

---

[1] Стигматы — знаки. Этим словом обычно обозначают кожные симптомы, возникающие у некоторых лиц, страдающих истерическим неврозом. В литературе так принято называть местные подкожные кровоподтеки, появляющиеся во время религиозно-экстазного состояния. Лица, имеющие такие кровяные стигмы, назывались стигматиками.

ГЛАВА XIV

СЛОЖНЕЙШИЕ БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ

Инстинкты, как показывает подробный анализ, — те же самые рефлексы, только обыкновенно несколько более сложные в их составе.

И. П. Павлов

ИНСТИНКТЫ

Возможно ли путем словесного внушения оказать прямое воздействие на инстинктивную деятельность? Можно ли с помощью слова повлиять на инстинкт сохранения жизни или на половой инстинкт, перестраивая эти сложные врожденные рефлекторные деятельности организма или внося в них те или иные изменения?

Мы можем дать положительные ответы также на эти вопросы. Возможность прямого воздействия слова на инстинктивную деятельность мы наблюдали неоднократно.

Бывают случаи, когда жизнь человека подвергается смертельной опасности, что влечет за собой острое перенапряжение основного инстинкта — инстинкта сохранения жизни. В значительном числе случаев это приводит к возникновению невротического состояния, иногда приобретающего характер зафиксировавшегося на ряд лет навязчивого, остро переживаемого страха смерти.

Приводим ряд примеров, говорящих о том, что возникший таким путем навязчивый страх смерти может быть устранен воздействием словесного внушения, содержание которого будет, конечно, зависеть от особенностей каждого случая в отдельности. Таким путем последствия пережитой психической травмы обычно полностью устраняются, после чего инстинкт сохранения жизни вновь получает свой прежний нормальный характер.

1. Больной О., 42 лет, обратился к нам с жалобами, что он не может самостоятельно ходить по улице (вообще по широким пространствам), так как боится «умереть от паралича сердца». При попытке ходить самостоятельно появляются сердечные перебои, учащенное сердцебиение и непреодолимое чувство «страха умереть от остановки сердца: вот сейчас остановится, упал и готов!». Постоянное состояние тревоги и страх смерти от паралича сердца упорно держался в течение 7 лет.

Заболевание возникло в апреле 1919 г., когда белыми был приговорен к расстрелу. В результате ужаса перед смертью у него появилось резкое

учащение сердцебиения, перебои и боли в области сердца. Но приговор был отменен. Тем не менее сердцебиения и перебои продолжались. Месяц лечился в санатории, но без успеха: не может переносить одиночества, из-за сердцебиений никуда далеко не ходит. В дальнейшем ежегодно лечился в санатории и поликлинике с кратковременным успехом. С начала 1925 г. сердцебиения стали затихать, с сентября того же года прекратились. Остался «страх смерти от паралича сердца», из-за чего всегда должен ходить в сопровождении кого-нибудь, так как при попытке итти в одиночку его охватывает непреодолимый ужас, появляется сердцебиение и мысль о немедленной смерти.

После проведенной нами разъяснительной беседы перемены к лучшему не произошло, так как разговор о состоянии сердца еще больше взволновал его. На следующий день проведен сеанс психотерапии во внушенной дремоте. Сделано внушение о невредимости его сердца и о забвении пережитого им в 1919 г. На следующий день больной отметил значительное улучшение: впервые ходил самостоятельно по городским улицам и площадям, сердцебиений, перебоев и страха не было. На 3-й день повторены те же внушения в глубокой дремоте, утром и вечером. После 5-го сеанса уехал домой уже без сопровождения товарища, которого отпустил, решив обратно ехать самостоятельно. В своем письме больной пишет: «На 2-й день по приезде домой в 7 часов вечера пошел в поликлинику самостоятельно, без провожатого, а поликлиника от меня около двух километров... страха не испытывал, а раньше мог ходить только с провожатым». Дальше пишет, что «...если бывают сердечные толчки или появляются тревожные мысли, или начинает биться сердце, то я начинаю вести борьбу, вспоминая ваши слова». В последующих письмах он сообщал: «Настроение преобладает в общем хорошее, веселое, увлекаюсь занятиями в Коммунистическом университете». Через год посетил нас, сообщив о своем благополучии.

Остановимся на небезинтересном во многих отношениях случае припадков эпилептического характера, обусловленных острым перенапряжением инстинкта сохранения жизни.

2. Больной Б., 25 лет, обратился в марте 1929 г. с жалобами на припадки, начинающиеся с ощущения жара во всем теле, удушья, потери сознания и судорог, с последующим чувством слабости и разбитости. Длительность припадка, по словам больного, 15—20 минут. Заболел в октябре 1925 г. при следующих обстоятельствах: в его дыхательное горло попала пилюля, которую удалось извлечь минут через 20—30, вследствие чего перенес сильный страх смерти. В тот же день с ним произошел припадок, наступлению которого предшествовал приступ страха, с комплексом ощущений, испытанных им во время несчастного случая. В дальнейшем этот комплекс всегда предшествовал припадкам, являясь таким образом аурой. Первое время припадки повторялись 1—2 раза в месяц, а в дальнейшем дошли до 5—7 раз в месяц, возникая без всякого внешнего повода и всегда с одной и той же аурой — реакцией на пилюлю.

Во время сеанса психотерапии больному была разъяснена причина возникновения его припадков, а затем было сделано соответствующее внушение в дремотном состоянии. Беседа подействовала благотворно, он «воспрянул духом», появилась вера в выздоровление, а при следующем посещении заявил нам, что «так хорошо чувствовал себя только до заболевания». Сеансы внушения в дремотном состоянии производились сначала 2 раза в неделю, а затем реже. С начала лечения и по октябрь 1929 г. припадков не было, и больной чувствовал себя вполне хорошо (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Как отмечает И. П. Павлов, «жизнь перестает привязывать к себе, как только исчезает цель». При этом при продолжительном ограничении основных влечений и основных рефлексов «падает даже инстинкт жизни, привязанность к жизни». В результате рефлекс цели «может ослабнуть и даже быть совсем заглушен обратным механизмом», что мы и видим в записках, оставляемых самоубийцами: они «прекращают жизнь, потому что она бесцельна»[1].

Путем внушения словом мы имеем возможность восстановить утраченный инстинкт сохранения жизни и вернуть человеку интерес к ней и к ее целевой направленности. Иллюстрируем это примерами из нашей врачебной практики.

1. Больная Ф., 37 лет, обратилась к нам с жалобами на угнетенное состояние, раздражительность, постоянные головные боли, частые слезы, тревожный сон с кошмарами, безотчетный страх, боязнь остаться одной, внутреннюю тревогу, отсутствие интереса в жизни. Общество людей ее тяготит, она его избегает, занятия в школе с учениками, по ее словам, для нее «составляют пытку». Последние месяцы одолевает тоска, мысль о самоубийстве; совершенно неработоспособна. Заболела год назад после смерти матери, которая скончалась во время одной из ссор этой больной с мужем, отношения с которым были плохими. Считая себя виновницей смерти матери, больная до сих пор не может с этим примириться, мысли о матери, ради которой она жила и трудилась, неотступны. С мужем развелась.

Медикаментозное лечение безрезультатно, успокоения и убеждения больную волнуют еще больше. Напоминание о матери вызывает у больной резко отрицательную мимиковегетативную реакцию. Успокаивающая и убеждающая психотерапия в бодрствующем состоянии, естественно, была невозможна, поэтому была применена психотерапия во внушенной дремоте.

Словом «засыпайте» вызвано дремотное состояние, во время которого делалось внушение о неосновательности самообвинения, спокойном отношении к случившемуся, внушалась бодрость и стойкость, хороший сон, интерес к жизни.

После первого сеанса внушения больная хорошо спала всю ночь, а весь следующий день, по ее словам, «чувствовала себя обновленной, о матери ни разу не вспоминала, была все время на людях, настроение хорошее», причем «если вчера была апатична и безразлична, то сегодня бодра, энергична, с верой в свои силы!». На следующий день проведен второй сеанс, повторены те же внушения. После этого больная уехала. Ее письма говорили, что она чувствует себя «хорошо во всех отношениях: бодра, жизнерадостна, энергична, работоспособна, действительно, как бы обновленная». Была под наблюдением в течение года, катамнез оставался положительным.

Таким образом, мы видим, что как явление острого перенапряжения инстинкта жизни, так и затормаживание этого инстинкта в равной мере могут быть устранены, а ~~рефлекс~~ инстинкт сохранения жизни может быть восстановлен и приведен в нормальное состояние путем словесного воздействия. Тем самым область врожденной безусловной инстинктивной деятельности может быть под прямым воздействием импульсов, идущих через вторую сигнальную систему. Это вновь подтверждает правильность воззрений школы И. П. Павлова о ведущей, определяющей роли коры мозга во всех деятельностях организма.

Согласно учению И. П. Павлова, для полного, правильного, плодотворного проявления каждого инстинкта «требуется известное его напряже-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 200.

ние». Если же произойдет перенапряжение инстинкта или же длительное «истязание» его (например, вследствие невозможности его реализации), то это может привести к возникновению невротического состояния.

Приводим наблюдения по устранению словесным воздействием последствий «истязания» материнского инстинкта.

1. Больная М., 27 лет, страстно желавшая иметь ребенка, внезапно потеряла его через месяц после родов (умер от пневмонии). Впала в глубокое депрессивное состояние, с бредовыми явлениями, диссомнией, чувством потери смысла жизни, гипнагогическими галлюцинаторными явлениями (засыпая, тотчас вскакивает, так как явственно слышит крик своего ребенка). Обратилась с жалобой на это состояние, длящееся уже 5 месяцев. Больная находилась в одиночестве, ее муж длительное время был в дальней командировке.

Проведено четыре сеанса внушения во внушенном сне, после чего депрессивное состояние и сопутствующие ему явления были устранены. Была под наблюдением в течение 6 месяцев, относительно спокойна, рецидивов не было, приступила к работе.

2. Больная К., 41 года, обратилась в диспансер в мае 1948 г. с жалобой на состояние депрессии и галлюцинации, длящиеся в течение 8 месяцев; в сентябре 1947 г. трагически погиб ее 8-летний сын (был втянут потоком воды в канализацию). Тяжелая депрессия, яркая зрительная галлюцинация, повышенная раздражительность, не выносит шума, стуков, тягостна для окружающих, апатична. Ежедневно температура 37,2—37,5° (чего раньше не было), бессонница, общее истощение. Диагноз: реактивная депрессия с галлюцинацией и эмоциогенной гипертермией.

Проведена психотерапия. После первого же сеанса внушения во внушенном сне (средней глубины) началось улучшение. Проведено восемь сеансов с хорошим результатом, больная стала более уравновешенной, вспоминая о сыне, стала спокойнее, выравнялась температура, лучше спит, лучше относится к младшему сыну, стала обращать внимание на себя, на окружающих, на кладбище ходит значительно реже (не ежедневно, *как прежде) и там проявляет большее спокойствие.*

Приведем пример эффективного словесного воздействия в целях устранения возникшего и з в р а щ е н и я материнского инстинкта.

3. Больная К., 30 лет, замужем, явилась с жалобами на мучительное навязчивое стремление задушить собственного 8-месячного грудного ребенка, возникшее со дня его рождения и обостряющееся преимущественно во время кормления. К своему ребенку испытывает «тупое чувство». Невыносимо мучительное состояние «бесплодной борьбы» со своим навязчивым стремлением заставило обратиться за помощью к врачу.

Этиологического комплекса вскрыть не удалось и психотерапия была проведена чисто симптоматически. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Во внушениях, проводимых во внушенном сне, разъяснялась несуразность ее влечения и внушалось любовное, материнское отношение к ребенку. *После 3-го сеанса было отмечено ослабление навязчивого влечения* и пробуждение внимания и чувства жалости и нежности к ребенку. После 7-го сеанса почувствовала себя совершенно здоровой. Была под наблюдением один год. Особый интерес в данном случае заключается еще и в том, что истинная причина навязчивого влечения была выяснена лишь через 23 года после выздоровления.

Рассказала она следующее: имея сына от первого мужа, вышла замуж вторично, из расчета «дать отца своему сыну». Второй муж оказался хорошим человеком, оправдал ее надежды, она питала к нему дружеские чувства, дорожила им как человеком и ценила как «отца» ее первого сына. Сексуального влечения к нему не было, беременеть избегала из боязни,

что у мужа изменится отношение к ее сыну. После того как забеременела, испытывала отвращение к будущему ребенку, после рождения которого развилось непреодолимое влечение задушить его. Своего второго сына, в отношении которого проявилась указанная навязчивость, впоследствии очень любила.

Таким образом, извращение материнского инстинкта также можно *устранить путем соответствующего словесного воздействия.*

Остановимся на рассмотрении картины патологического реактивного состояния, вызванного остро переживаемым сексуальным влечением. Как мы знаем, такая ситуация нередко приводит к тяжелым и грозным внутренним конфликтам, иногда кончающимся трагической развязкой. Однако эти тяжелые личные переживания врачами обычно расцениваются как «естественные» при определенных условиях человеческих отношений, причем для их устранения в арсенале медикаментозных средств, какими врач располагает, обычно нет ничего, кроме бромидов или валериановой настойки. Вследствие этого врач в таких случаях нередко оказывается в роли немого свидетеля, бессильного чем-либо помочь, если только он не владеет методами психотерапии.

1. Речь идет об одной наблюдаемой К., 33 лет, обратившейся к нам с жалобами на тяжелое душевное состояние и со своеобразной просьбой, нас сначала озадачившей, а затем живо заинтересовавшей. Весь ужас ее положения заключался в том, что она, любя и уважая своего мужа как человека, имея от него 10-летнюю дочь, любя свою семью, стремилась к полному семейному счастью и все же его не имела, смутно чувствуя, что ей «чего-то не хватает». И вот у нее проснулось сексуальное чувство, до того совершенно отсутствовавшее в ее супружеской жизни. Это весьма бурное чувство было обращено к двоюродному брату мужа, поселившемуся незадолго до того в их квартире. После долгой и мучительной борьбы она поддалась охватившему ее порыву... и поняла, «чего ей не хватало для ее семейного счастья». Несмотря на любовь к мужу, ее стало безудержно тянуть к другому человеку, с которым ее связывало чувство совсем иного порядка. Создался чрезвычайно тяжелый внутренний конфликт, самостоятельно освободиться от которого она не имела сил. Это привело ее к мысли о самоубийстве. И лишь вопрос о судьбе дочери удерживал ее от этого шага. Исследуемая К. явилась к нам с совершенно необычной просьбой «дать ей для ее семейного счастья то, чего ей не хватало, получить от мужа то, что она имела от другого, забыть последнего, как и все, что связано с ним». Имея некоторый опыт с аналогичными, но менее сложными случаями конфликтных отношений, мы не имели, однако, уверенности в положительном результате психотерапевтического вмешательства в сфере столь интимных отношений — в смысле оказания прямого, направленного влияния на сексуальный инстинкт. Тем не менее мы решились применить гипносуггестивную терапию. Интересующую нас часть этого наблюдения приводим ниже в виде выдержек из дневника, который больная по нашей просьбе систематически в течение всего этого времени вела.

«16 октября. Многие тяжелые условия привели мою нервную систему в состояние, трудно поддающееся лечению. Вот почти 2 года я страдаю от физической и психической двойственности, страдаю не только душой, но и телом, часто целыми днями лежу из-за мучительных головных болей, вся разбитая, бессильная, лишенная сна. Пришлось оставить любимую, вдохновляющую прежде работу. Лечение у различных врачей не облегчает меня, и лишь мысль о самоубийстве меня успокаивает. Когда же мои мысли останавливаются на ребенке, и самоубийство становится невозможным, мною овладевает неизъяснимое отчаяние... Что мне делать? Где спасение? Я хочу покоя, но нет его нигде...

17 декабря. Я нашла успокоение. После 1-го сеанса гипноза мне сразу стало лучше... светлеют мысли... я значительно спокойнее.

18 декабря. 2-й сеанс дал мне ночной сон и мягкость настроения... О нем не думаю...

19 декабря. После 3-го сеанса была у друзей, которых до того не могла видеть, как и всех остальных... тяжело мне было быть на людях... с радостью пошла к ним... здесь был и муж, от которого мне не хотелось отходить...

2 января. Сеансы гипноза возвращают мне сон, дали мне приятные сновидения взамен кошмарных... Волнующих меня мыслей о нем почти нет. Я настаиваю, чтобы он оставил меня... чтобы он женился... Спокойна, когда он уходит из дому с целью вызвать во мне ревность. Сегодня ночью на его звонок я даже не вздрогнула, я к нему холодна... я спокойно реагирую на проявление отелловской ревности с его стороны, на безумное его желание возвратить меня к себе, на его до виртуозности доходящие угрозы...

10 февраля. Физическая близость с мужем становится для меня все приятнее, все нужнее... К насильственным ласкам того безразлична, и они становятся даже неприятными...

15 февраля. Сама удивляюсь своей стойкости и спокойствию при наших сложных условиях: общая квартира с ним, физическое его превосходство, его темперамент, его назойливость, его страдания, его угрозы...

27 февраля. Я не узнаю себя... вчера, ожидая к себе мужа, как будто ждала его впервые после долгой томительной разлуки... как будто я никогда не испытывала с ним прозы и неудовлетворенности. Я и муж мой счастливы... Получила всего лишь восемь сеансов и как много они мне дали!

5 марта. Прошлое, хорошее и дурное, как эхо слышится где-то далеко... я живу новой жизнью... я могу читать, писать, мыслить, заботиться о семье и не думать о смерти...

17 марта. 11-й сеанс... да, я выздоровела... то, что казалось в нем прекрасным, теперь раздражает... в прошлое не верится. Кажется, что не я сама пережила все, что было, что кто-то мне рассказывал о трагикомической, безумно нелепой любви.

26 марта. Я зла на того, кто был причиной наших общих семейных несчастий. Теперь я живу только мужем и дочерью. Только о них хочется думать и заботиться, только с ними радоваться и горевать. За прошлое готова броситься перед мужем на колени... А „он" предъявляет мне ультиматум: *или возвратить ему любовь, или я буду лежать в луже своей крови...* Даже это меня не страшит и не трогает.

31 марта. Только теперь, после 12-го сеанса гипноза, я поняла и осязательно почувствовала, как невысок его интеллект, как мы расходимся идеологически и как не нужна и гибельна была эта связь. О нем не хочется больше ни писать, ни говорить....

15 мая. Вот уже $1^1/_2$ месяца живу без сеансов. Я достаточно имела времени, чтобы проанализировать свои чувства к мужу и к нему. К мужу у меня глубокое цельное чувство, какого до лечения гипнозом не было... А к нему? Он для меня не существует и я в отношении его даже жестока».

Впоследствии нам стало известно, что К. даже способствовала женитьбе объекта своего прежнего страстного влечения.

Мы умышленно привели выдержки из дневника самой больной, чтобы лучше проследить развитие метаморфозы, происшедшей во всем характере *высшей нервной деятельности женщины под влиянием произведенной нами* перестройки сильнейших положительных сексуальных условных рефлексов, связанных с определенным лицом, в тормозные, отрицательные, а сек-

суально-нейтральные для нее раздражители, связанные до того со всем обликом ее мужа,— в положительные.

Все это определило новое отношение со стороны больной к этим двум конкурирующим раздражителям. Каков же физиологический механизм, лежащий в основе возникшего невротического состояния? Как мы видим, создавшаяся ситуация требовала длительного острого перенапряжения подвижности основных корковых процессов у лица, повидимому, принадлежащего к сильному неуравновешенному типу нервной системы и художественному частному. Это был случай «трудной встречи», выйти из которой оказалось возможным лишь путем перестройки отношений и *переключения сексуального инстинкта. Эта задача и была выполнена при помощи* соответствующего словесного воздействия.

С аналогичными переживаниями мы встречаемся в следующем наблюдении, *когда словесная терапия устранила такую же ненормальность* развития полового влечения, имевшую место у мужчины.

2. Больной О., 32 лет, обратился в диспансер с жалобами на тяжелое *нервно-психическое состояние, связанное с сильным половым влечением*, испытываемым им к жене его брата, не шедшей навстречу его вожделению. Много раз в порыве озлобления пытался убить ее. В то же время к своей собственной жене проявлял полное отсутствие интереса. Жизнь в семье стала невыносимой.

После шести сеансов словесного внушения, произведенного в состоянии внушенного глубокого сна, влечение к жене брата и чувство злобы к ней совершенно исчезли. Наряду с этим, появилось длительно отсутствовавшее нормальное влечение к своей жене. Катамнез положительный, без каких-либо рецидивов, прослеженный нами в течение 2 лет (наблюдение З. А. Копиль-Левиной).

Нужно сказать, что в литературе почти нет указаний на наблюдения подобного рода. Только Альберт Молль (1909) в своей известной монографии вскользь упоминает «о вероятной возможности» суггестивного воздействия на чувство влюбленности. Приведенные нами примеры говорят о том, что путем направленного словесного внушения возможно оказывать воздействие на весьма глубокие и чрезвычайно напряженные процессы, происходящие в корково-подкорковой динамике, в частности, в сфере сложных эмоционально-сексуальных переживаний человека.

ЭМОЦИИ

Как известно, эмоциональные реакции у животных и еловека были подробно описаны Ч. Дарвином (1908). В связи с физиологическими исследованиями природы эмоций возникли известные теории Джемса-Ланге, а также Кеннона-Шеррингтона. Следует отметить также работы Моссо (1887), Люмьера (Lumière, 1928) и Жальтрена (Jaltrain, 1933). Однако ими не была достаточно полно и глубоко освещена проблема эмоций.

Большая заслуга в этом отношении принадлежит В. М. Бехтереву (1929). Рассматривая эмоции как сложные «мимико-соматические» рефлексы, вырабатывающиеся на основе врожденных инстинктивных реакций, В. М. Бехтерев исходил из прямого участия в их формировании корковой динамики. Он показал, что эти реакции могут быть воспроизводимы условнорефлекторным путем. При возникновении эмоций раздражительный процесс, распространяясь с коры мозга в подкорку, идет в подбугорную область (область третьего мозгового желудочка), в которой заложены высшие подкорковые центры вегетативной нервной системы, и далее на внутренние органы, эндокринные железы и скелетную мускулатуру. Его вывод о том, что развитие эмоциональных («мимико-соматических») реакций первично происходит именно по этому пути, был обоснован исследования-

ми его сотрудников М. М. Жуковского (1898), Л. М. Пуссепа (1902) и М. П. Никитина (1905), Чалого (1914) и Шнеерсона (1917)[1]. Используя метод условных рефлексов и экстирпации, они показали связи различных участков коры больших полушарий головного мозга животных с внутренними органами. Позднее В. П. Осипов (1917) также пришел к выводу, что многие эмоциональные и аффективные реакции развиваются по типу условных рефлексов, т. е. через кору головного мозга.

Более глубокое физиологическое обоснование условнорефлекторного механизма эмоций дала школа И. П. Павлова. Благодаря методу условных рефлексов были открыты интероцептивные связи всех внутренних органов с корой мозга и установлено, что все они посылают сигналы в кору больших полушарий. Соответствующее сильное раздражение вызывает возбуждение в коре мозга, которое через подкорковые центры вегетативной нервной системы распространяется на внутренние органы и эндокринные железы. Последние в свою очередь немедленно посылают в кору мозга импульсы о своем деятельном состоянии. Такого рода сигнализация представляет физиологичесий субстрат эмоции.

Необходимо подчеркнуть, что всякая эмоциональная реакция может проявляться как по механизму безусловного, так и условного рефлекса и не только экстероцептивного, но, как говорит К. М. Быков (1947а), «непременно и интероцептивного». Таким образом, эмоция является такой «сложной реакцией организма, в основе которой лежат комплексные безусловные и условные связи экстеро- и интероцептивного происхождения». Различные по своему характеру эмоциональные состояния (гнев, боль, страх, печаль, отвращение и т. д.) так сложны, что для своего проявления требуют участия не только одной какой-либо области нервных центров, а затрагивают всю нервную систему целиком. Поэтому эмоциональные реакции, имея в своей основе совместную деятельность коры мозга и подкорки, могут проявляться во всех отделах единой анимально-эндокринно-вегетативной системы человеческого организма.

Именно потому, что эмоции являются реакцией целостного организма, они получают свое выражение как в виде определенного субъективно переживаемого состояния, так и в форме *секреторных, сосудодвигательных реакций, мышечных движений*. Мимические и пантомимические реакции, обусловленные деятельностью скелетной мускулатуры (так называемые выразительные движения) представляют своеобразные внешние проявления «движения чувств» или «языка чувства», столь свойственные эмоциям человека.

О субъективном компоненте эмоций мы можем судить по характеру указанных выше внешних проявлений, но главным образом путем словесного отчета о пережитом. Субъективное выражается, как известно, в форме разного рода «чувств»: приятного и неприятного, легкости и трудности, радости и печали, торжества и отчаяния, любви и ненависти и т. д., возникновение которых связано, по учению И. П. Павлова, с возникновением эмоций и их задерживанием, со всеми вариациями либо легкого, либо затруднительного протекания нервных процессов, происходящих в больших полушариях. И. П. Павлов отмечает далее, что в картине эмоциональной реакции физиологические процессы и их психические проявления обычно представляют собой единый комплекс: «кто отделил бы,— говорит он,— в безусловных сложнейших рефлексах (инстинктах) физиологическое, соматическое от психического, т. е. от переживаний могучих эмоций голода, полового влечения, гнева и т. д.»[2].

[1] Цит. по В. М. Бехтереву (1929).

[2] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 457.

В возникновении некоторых эмоциональных реакций важную роль играют те наиболее глубокие индукционные отношения, которые могут возникать между корой и подкоркой, например, в случае резкого возбуждения ближайшей подкорки, при снижении тонуса коры и т. д. В итоге возникает кратковременное, но глубокое нарушение высшей нервной деятельности, выражающееся, например, в потере самообладания, утрате ориентировки и даже во временном нарушении деятельности сознания, т. е. явления глубокой диссоциации отношений коры и подкорки, с превалированием не управляемой корой мозга деятельности подкорки («буйство подкорки»). Вот почему, по словам И. П. Павлова, именно в условиях повышенной эмоциональности «мы говорим и делаем то, чего в спокойном состоянии не допустили бы»[1].

Нужно иметь в виду, что при чрезвычайных обстоятельствах жизни такие эмоциональные вспышки могут возникнуть и у людей с уравновешенной корковой динамикой.

Среди раздражителей, вызывающих у человека эмоциональные реакции, наиболее важное значение принадлежит с л о в у. Оно может оказывать на человека во много раз более сильное влияние и привести к значительно более глубоким изменениям, чем какой-либо физический фактор. Слово неизбежно приводит к оживлению следов прежней корковой деятельности, сопровождавшейся той или иной эмоциональной реакцией.

По своему физиологическому действию эмоции принято делить на две большие группы: стенические и астенические. Первые (например, радость, воодушевление и т. п.) усиливают «зарядку из подкорки» (И. П. Павлов). Как показывают данные лабораторных исследований, они улучшают процессы ассимиляции, повышая тонус коры мозга. Такие эмоции окрашены чувством приятного. Астенические эмоции, наоборот, ослабляют процессы ассимиляции, снижают тонус коры мозга, силу основных корковых процессов. К этим эмоциям принадлежит испуг, страх, горе, тоска и т. п. Они обычно переживаются как неприятные. Таким образом, если содержание эмоции определяется особенностями факторов внешней среды и отношением к ним конкретного человека, то ее физиологическое действие определяется характером взаимодействия коры и подкорки.

Эмоции с т е н и ч е с к и е имеют в жизни человека положительное значение, так как они стимулируют корковую деятельность и создают возможность преодолевать стоящие перед ним трудности. Эмоциональное возбуждение позволяет осуществлять не только весьма трудные акты самозащиты или нападения, но и сложную производственную и познавательную деятельность. Все высшие эмоциональные состояния, все проявления возвышенных человеческих влечений и целеустремлений всегда связаны с эмоциональным напряжением всех процессов высшей нервной деятельности.

Иное жизненное значение имеют а с т е н и ч е с к и е эмоции. Они оказывают на высшую нервную деятельность угнетающее действие. Такие эмоции возникают, например, в результате острого столкновения интересов личности с условиями социальных отношений и с факторами внешней или внутренней среды, при которых интересы личности оказываются пострадавшими. Примером выраженной астенической эмоции может служить внешняя реакция на сильное болевое ощущение: реакция на боль — примитивная астеническая, отрицательная эмоция. Нередко причиной возникновения глубокой астенической эмоции является внезапная ломка динамического стереотипа, вызванная, например, потерей близкого человека или же внезапно происшедшим изменением обычного образа

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 457.

жизни, и т. д. Поэтому возникают тяжелые чувства, в физиологической основе которых лежит именно нарушение старого динамического стереотипа и трудность установки нового. Как говорил И. П. Павлов, «процессы установки стереотипа, довершения установки, поддержки стереотипа и нарушений его и есть субъективно разнообразные положительные и отрицательные чувства...»[1].

Кроме того, принято различать еще эмоции низшие и высшие. К низшим относятся эмоции, связанные с различными потребностями организма (чувство голода, жажды, половое чувство и т. д.). Если эти потребности остаются неудовлетворенными, такие эмоции переходят в астенические, удовлетворение же их порождает соответствующую стеническую эмоцию, сигнализирующую о физическом благополучии. К высшим эмоциям относятся переживания, связанные с удовлетворением или же неудовлетворением потребностей человека, обусловленных его общественным сознанием, например, эмоции этические, эстетические, эмоции удовлетворения, связанные с успехом или не успехом познавательной и трудовой деятельности и т. д. Соответственно этому они также могут быть стеническими или же астеническими.

В заключение следует отметить, что проблема эмоций еще не получила надлежащего освещения с точки зрения ленинской теории отражения. Первая попытка разработки теории эмоций в свете последней принадлежит В. Н. Мясищеву (1948). Эмоции им рассматриваются как выработавшийся в фило- и онтогенезе тип отношения человека к наиболее сильным социальным и физическим воздействиям.

Наконец, необходимо подчеркнуть, что у человека все проявления эмоций, как и самый их характер, теснейшим образом связаны с деятельностью второй сигнальной системы, без участия которой не может проявиться ни одна эмоция. Это обусловлено тем, что все виды эмоциональной (так же, как и инстинктивной) деятельности приобретают в условиях онтогенеза высшей нервной деятельности человека весьма сложную систему условнорефлекторных связей как с первой, так главным образом и со второй сигнальной системой.

Первые экспериментальные исследования объективных признаков эмоциональных состояний, вызванных путем внушения во внушенном сне, были сделаны А. Ф. Лазурским и В. В. Срезневским (1912) в клинике В. М. Бехтерева. Исследуемому внушали эмоции радости, горя, страха и гнева, показателями же служили реакции со стороны дыхания и пульса. Были отмечены колебания этих показателей, характер которых находился в зависимости от вида внушенной эмоции. Вместе с тем эти колебания оказывались идентичными тому, что наблюдалось и при действительном переживании этих эмоциональных состояний Таким путем впервые было установлено, что словесным внушением, действительно, возможно вызвать во внушенном сне соответствующие эмоциональные переживания.

А. В. Шнеерсон (1917) экспериментально установил в лаборатории В. М. Бехтерева, что индиферентный раздражитель после ряда сочетаний с эмоциогенным раздражителем сам становится таким же. Это свидетельствовало о том, что эмоции можно вызвать условнорефлекторным путем. Кроме того, условные рефлексы, выработанные при переживании сильной астенической эмоции (эмоции страха), становились, по данным В. М. Бехтерева, В. Н. Мясищева (1926) и Н. И. Красногорского (1939), чрезвычайно прочными и сохраняли свою силу в течение весьма длительного времени.

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 391.

В своих исследованиях (1930) мы исходили из того, что изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие в ответ на болевое раздражение кожи, могут считаться одними из объективных проявлений эмоциональной реакции на безусловный раздражитель. В исследованиях нами было показано, что одно словесное внушение о мнимопроизведенном уколе уже вызывало эту реакцию.

Изменения пульса наблюдаются и в случае внушения более сложных эмоциональных состояний, например, страха (рис. 72).

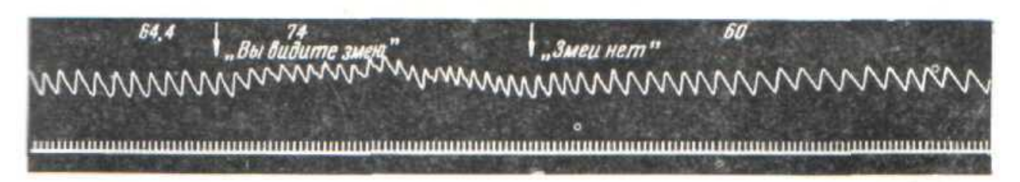


Рис. 72. Изменение пульса во внушенном сне после внушения эмоции страха. Цифры обозначают число ударов пульса в минуту.

Чувство страха проявляется еще в виде тремора, охватывающего скелетную мускулатуру, что также может служить объективным доказательством переживания данной эмоции (рис. 73).

Ю. А. Поворинский (1940) изучал влияние внушенных эмоций на газообмен. Для этой цели у исследуемого определялся исходный уровень газо-

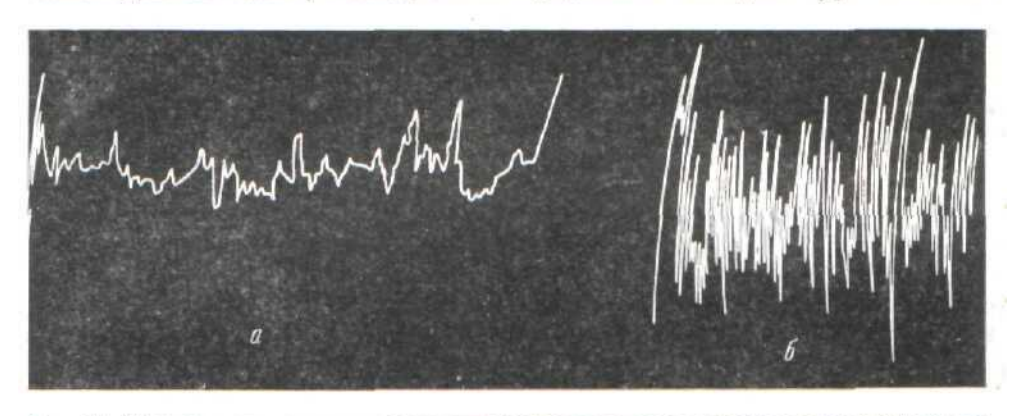


Рис. 73. Тремор пальцев рук в состоянии бодрствования в условиях покоя (*а*) и после сделанного во внушенном сне словесного внушения: «Вы в лесу, испугались, вами овладел страх, проснитесь!» (*б*).

обмена в состоянии покоя, а затем ему внушалось переживание различных приятных (любимые музыкальные произведения) и неприятных эмоций (зубная боль, экзамен, мысль о предстоящей хирургической операции и т. д.). Таким путем было установлено, что переживание внушенных эмоций оказывает огромное влияние на газообмен, причем неприятные эмоции вызывают значительно большее повышение газообмена, чем приятные. Как отмечает автор, особенно значительные сдвиги газообмена наблюдаются при внушении болевых ощущений, мысли о предстоящей хирургической операции и других сильных эмоций. При этих условиях у некоторых из исследуемых газообмен повышался на 300% по сравнению с исходной его величиной.

Ю. А. Поворинский (1949) изучал также сосудистые реакции, возникающие при эмоциональных переживаниях, вызываемых у исследуемых

путем словесного внушения во внушенном сне. Он отмечает, что при спокойном внушенном сне, как и при естественном сне, плетизмограмма, как и ритм дыхания и пульса, совершенно не менялась, а словесные раздражения, вызывающие эмоциональную реакцию, отражались на сосудистых реакциях даже более заметно, чем обычные безусловные раздражители.

Исследования А. И. Марениной и И. Е. Вольперта (1950) показали, что объективными признаками внушенных эмоциональных состояний могут служить биотоки коры мозга, записанные при внушенных сновидениях, вызывающих переживание положительной или отрицательной эмоции (рис. 74). Исследования этих авторов наглядно иллюстрируют раз-

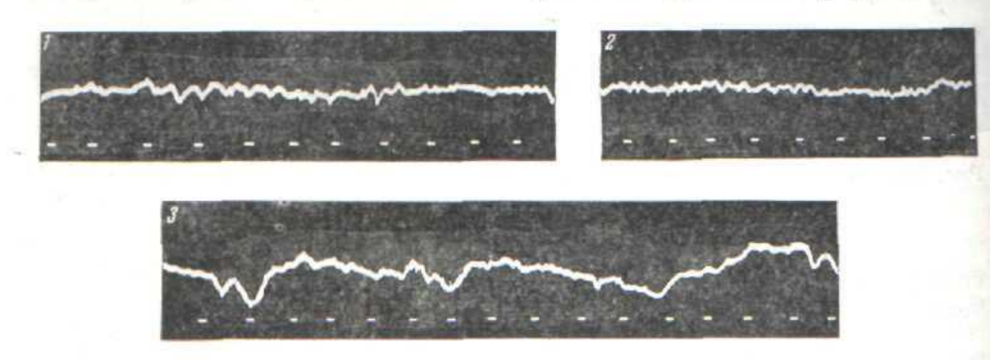


Рис. 74. Электрическая активность коры головного мозга в состоянии бодрствования (*1*), в спокойном внушенном сне (*2*) и при переживании во внушенном сне эмоции страха (*3*) (по А. И. Марениной и И. Е. Вольперт).

ницу в характере биотоков мозга в бодрствующем состоянии, в гипнозе и при внушенном неприятном сновидении, сопровождавшемся чувством страха. По И. Е. Вольперту (1952), внушенные сновидения находят заметное отражение на электроэнцефалограмме в том случае, если они насыщены внушенными неприятными эмоциями, в то время как внушенные приятные эмоции не меняют биотоков совсем или меняют их в очень слабой степени. Это говорит о том, что при отрицательных эмоциях динамика основных корковых процессов значительно усиливается и протекает в условиях большего напряжения и катаболизма.

Следует отметить, что эмоциональные состояния, вызываемые путем внушения, могут сопровождаться также более или менее глубокими биохимическими изменениями. Так, исследования В. М. Гаккебуша (1926) показали, что при внушении длительно переживаемой эмоции страха увеличивается количество сахара в моче и крови.

По нашим данным, внушение во внушенном сне положительных стенических или же отрицательных астенических эмоций в значительной степени отражается на состоянии физической работоспособности. На рис. 75 представлены эргограммы, полученные нами на эргографе Моссо при различных внушенных эмоциях: при внушенном чувстве радости работоспособность повышается, тогда как при внушении «угнетенного настроения» она падает. Это отражается и на состоянии вегетативных показателей. Так, по данным Н. Н. Тимофеева (1938), при словесном внушении во внушенном сне приятных переживаний и спокойного состояния артериальное давление снижается (в его исследованиях на 20 мм), а пульс замедляется (на 8 ударов). При внушении же неспокойного настроения, тоскливости, чувства одиночества, ощущения холода, «желания уйти из этой неприятной обстановки» артериальное давление повышается (на 10 мм), а пульс учащается (с 65 до 120 ударов в минуту).

В. Н. Ясинский и А. И. Картамышев (1930) исследовали во внушенном сне влияние внушенных отрицательных эмоций на лейкоцитоз, было произведено 16 исследований у 12 лиц, причем у всех при этом наблюдалось *увеличение числа лейкоцитов* (от 2200 до 4000). *При этом после внушения* успокоения количество лейкоцитов вновь уменьшилось до исходной величины.

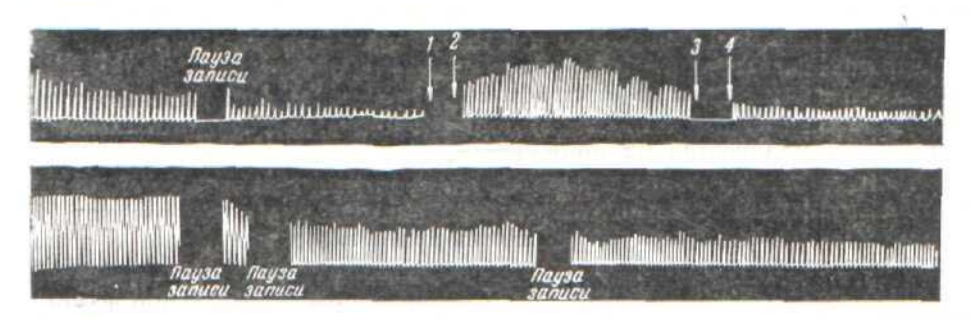


Рис. 75. Влияние внушенной эмоции на работоспособность (эргография).

Верхняя кривая — непрерывная работа до возникновения утомления. *1* — «Спать!»; *2* — внушено: «Вами овладело радостное настроение, проснитесь, продолжайте работать!» (хотя после прекращения работы прошло всего 15 секунд, наблюдалось увеличение работоспособности); *3* — «Спать!»; *4* — внушено угнетенное настроение, после которого работоспособность резко снизилась.

Нижняя кривая: эргограмма записана после вновь внушенного радостного настроения, при котором наблюдалось новое повышение работоспособности.

В заключение приведем данные В. И. Здравомыслова и С. В. Андреева (1938), объективно установивших в ряде случаев изменение содержания ацетилхолина в венозной крови в зависимости от характера внушенных эмоциональных переживаний. Так, при внушении чувства радости количество ацетилхолина в крови уменьшается, а при внушении страха — увеличивается (рис. 76).

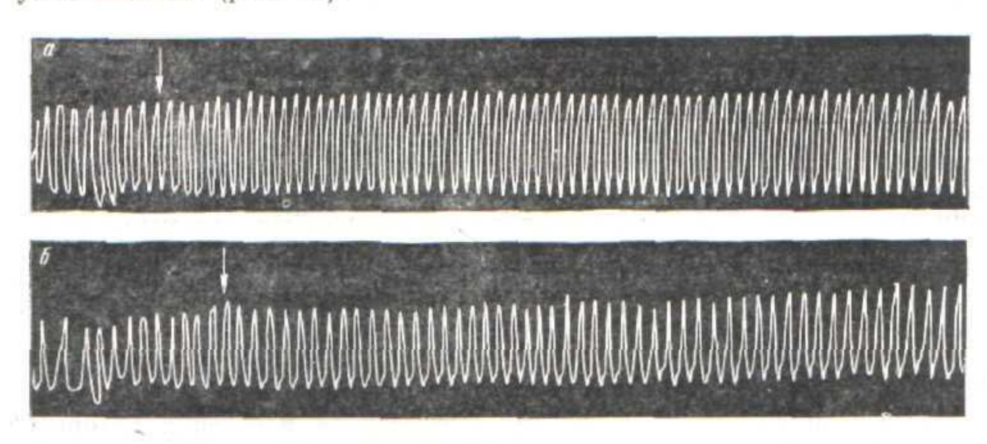


Рис. 76. Различное влияние на сердце лягушки крови человека, взятой после внушения эмоции страха (*а*) и радости (*б*) (*по В. И. Здравомыслову и С. В. Андрееву*).

Отметим, что, согласно исследованиям Гейлиха и Гоффа (Heilich и Hoff, 1928), при внушении положительных эмоций ускоряется диурез, понижается выделение фосфатов и хлористого натрия, причем при длительном переживании этих эмоций исследуемые обычно прибавляют в весе. При внушении же отрицательной эмоции (страх, огорчение) количество выделяемой мочи повышается, значительно увеличивается выделение

хлористого натрия и фосфатов, в итоге исследуемые теряют в весе. По данным Графе и Мейера (Grafe и Mayer, 1925), при внушении депрессивных состояний основной обмен повышается на 7,5%, при внушении положительных, радостных эмоций — лишь на 4%. При этом повышение обмена особенно резко выражено при внушенной эмоции страха. Дейч (1925) наблюдал в этих условиях повышение основного обмена до 26%. В опытах Гейера (1923) под влиянием 4-часового переживания страха в гипнозе количество фосфатов в моче увеличивалось на 115%.

По данным Глазера (1925), значительное эмоциональное возбуждение, вызываемое внушением во внушенном сне, приводит к повышению содержания ионов кальция в сыворотке крови, в то время как при внушении успокоения количество их понижается.

Все эти исследования показывают, что внушенные эмоции сопровождаются глубокими биохимическими изменениями. Это подтверждают биохимические исследования Д. Е. Альперна (1935), говорящие о тесной связи вегетативной нервной системы с тканевыми процессами. Позднейшие исследования Д. Е. Альперна (1954), посвященные трофической функции нервной системы, делают еще более понятным влияние эмоций на интимные обменные тканевые процессы.

Имеют определенный интерес данные, полученные нами совместно с рентгенологами Т. Г. Осетинским (1929), Н. М. Безчинской (1937) и В. А. Копица (1950) при рентгенографическом исследовании влияния на тонус мускулатуры желудка положительных и отрицательных эмоциональных состояний, вызываемых путем словесного внушения. Объектами наблюдения были клинически совершенно здоровые лица обоего пола в возрасте от 18 до 40 лет, занимавшиеся умственным трудом. Всего было исследовано 12 человек как в бодрствующем состоянии, так и в состоянии внушенного сна.

Напомним, что в состоянии внушенного сна имеет место резкое понижение тонуса желудочной мускулатуры, моторики диафрагмы и кишечника: желудок опускается значительно ниже диафрагмы, амплитуда колебания диафрагмы резко уменьшается, перистальтика падает до минимума (см. рис. 22).

Данные исследований влияния эмоциональных состояний свидетельствовали о том, что при внушенном переживании чувства радости у большинства исследуемых имеет место повышение тонуса мускулатуры желудка и деятельности кишечника: желудок, уменьшаясь в размере, поднимается кверху (рис. 77б), перистальтика оживляется, эвакуация ускоряется. При внушении же угнетенного состояния (печали, горя) желудок тотчас опускается, переходя в гипотоническое состояние. Так, при внушении чувства огорчения или тоски желудок опускается ниже, чем в условиях спокойного сна, перистальтика ослабевает, эвакуация замедляется. Чрезвычайно резкая реакция со стороны моторики желудка наблюдается при внушении боли в животе, зубной и пр. (рис. 77Д).

Особенно сильно выраженными оказываются изменения моторики желудка при внушении чувства ужаса: у одной из исследуемых желудок принимал форму улитки и резко подтягивался кверху, при этом иногда наблюдались бурные перистальтические волны, а эвакуация в одних случаях резко увеличивалась, в других — совершенно прекращалась.

Иллюстрацией значения одного представления об эмоциональном переживании могут служить рентгеноскопические наблюдения, проведенные нами у двух студентов музыкально-драматического института. В данном случае путем наблюдения за моторикой желудка мы имели возможность судить о глубине переживаний актером того состояния, которое он желает изобразить на сцене. Когда студенты находились в бодрствующем





Рис. 77. Рентгенограммы желудка исследуемой Ч-й.
а — в бодрствующем состоянии; б — в спокойном внушенном сне



Рис. 77. Рентгенограмма желудка исследуемой Ч-й

в — при внушенном переживании чувства радости.

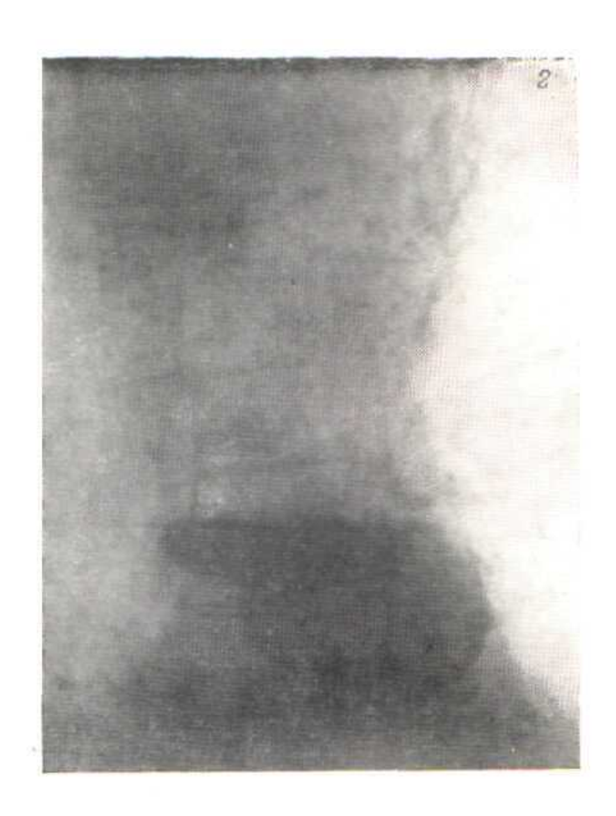




Рис. 77. Рентгенограммы желудка исследуемой Д-й.

г — в спокойном внушенном сне; *д* — при внушенном переживании: «Чувствуете сильную боль в животе!».

состоянии, им предлагалось самостоятельно вызвать у себя переживание воображаемой картины радостной эмоции, затем сменить ее на эмоцию горя.

У одного из этих студентов со стороны моторики желудка наблюдалась сначала картина, соответствующая «реакции радости», затем — «реакции ужаса» (подобные описанным выше). Путем последующего опроса было выяснено, что он, действительно, переживал именно эти эмоциональные состояния: «...я чувствовал радость *свидания с возлюбленной и* ужас при виде ее смерти», причем «я сначала горел от радости, а затем дрожал от ужаса воображаемой картины». Эти субъективные переживания ярко отразились на всей картине моторики желудка, а одновременно с этим и на всей мимике студента.

*У другого студента при вообра*жении им той же картины не наблюдалось почти никакой реакции со стороны желудка. Как в дальнейшем было выяснено, изображая переживания чувства радости и ужаса чисто внешне, мимически и притом довольно ярко, он по существу не переживал их. Впоследствии выяснилось, что первый студент был наиболее впечатлительным и наиболее способным.

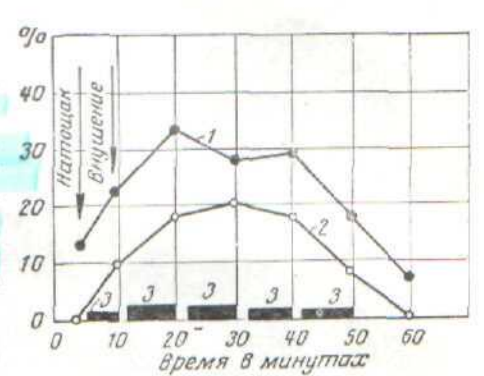


Рис. 78. Влияние внушения еды вкусной пищи на переваривающую способность желудочного сока.

1 — общая кислотность; 2 — свободная соляная кислота; 3 — переваривающая сила желудочного сока по Метту (в мм).

Таким образом, данные этих исследований могли служить объективной иллюстрацией переживаемого эмоционального состояния, создаваемого в данном случае по физиологическому механизму с а м о в н у ш е н и я. Вместе с тем они свидетельствовали о том, что реакции второй сигнальной системы (а через нее и подкорки), возникающие как в ответ на словесное внушение переживаемой эмоции, так и при самостоятельно вызванном эмоциональном переживании, оказываются идентичными. В последнее время это нашло свое подтверждение в опытах, проведенных в лаборатории, руководимой А. Г. Ивановым-Смоленским, одно представление исследуемого о слове-раздражителе, одна его мысль о нем влекли за собой ту же условнорефлекторную реакцию, как и в том случае, когда это слово произносилось исследователем.

Наряду с исследованиями моторики желудка, мы совместно с нашими сотрудниками М. И. Пайкиным, М. О. Бокальчуком (1928) и М. Л. Линецким (1951) исследовали секреторную деятельность желудочных желез на фоне различных внушенных эмоций. Полученные данные свидетельствовали о том, что после словесного внушения стенической эмоции (любимая вкусная пища, выигрыш по облигации и т. д.) резко в о з р а с т а л о количество отделяемого сока (на 300—500%) и его переваривающая сила (в 2—3 раза), причем все эти изменения достигали максимального уровня между 10 и 20 минутами после внушения, а затем шли на убыль (рис. 78).

Внушение же астенических эмоций (печаль, тоска) вызывало снижение количества желудочного сока (на 200—700%), общей кислотности, а также свободной соляной кислоты, в некоторых случаях до полного ее отсутствия.

Обращаясь к исследованиям зарубежных авторов, нужно отметить, что их данные аналогичны нашим. Так, по данным Гейера (1925), внуше-

ние отрицательного эмоционального переживания затормаживало секрецию желудочного сока. Этот автор показал также, что под влиянием изменения эмоционального тонуса изменяется и рентгеноскопическая картина моторики желудка: при внушении положительной эмоции желудок принимает нормальный тонус, если он был понижен.

Интересны данные, полученные Гейлихом и Гоффом (1928): при словесном внушении лицам с нормальной и пониженной кислотностью желудочного сока еды любимых кушаний наблюдалось повышение кислотности (даже и в том случае, если внушенная пища была чрезмерно жирной,



Рис. 79. Мимические реакции во внушенном сне после пассивного изменения позы исследуемой.
а — поза покоя; б — вызывающая поза.

способствующей понижению кислотности). И, наоборот, если лицу с повышенной кислотностью желудочного сока внушалась еда нелюбимой пищи, но обычно вызывающей у него повышение кислотности, наблюдалось резкое понижение кислотности, вплоть до полного ее исчезновения.

Гофф и Вермер (1925) показали, что словесное внушение приема пищи, принимаемой «с удовольствием» и «без удовольствия», «вкусной» и «безвкусной» также оказывает влияние на качество желудочного сока: в первом случае величина общей кислотности и свободной соляной кислоты повышалась, во втором — общая кислотность падала до минимума, а свободная соляная кислота снижалась до нуля. Однако эти авторы не исследовали влияния эмоций на переваривающую способность желудка, как это было сделано М. О. Бокальчуком и М. И. Пайкиным.

В заключение представляется нелишним описать картину развития различных эмоциональных состояний, вызываемых пассивным изменением позы. Рукам исследуемого придается такое положение, которое отвечает тому или иному эмоциональному состоянию, выражаемому этой позой (рис. 79 и 80). На фотографиях зафиксирована внешняя картина различных переживаний, возникающая у исследуемой во внушенном сне под влиянием одного лишь изменения положения ее рук, осуществленного усыпившим лицом. Тотчас же на лице исследуемой появляется соответствующая мимическая реакция, связанная с придаваемой конечностям позой. Одновременно с этим соответствующим образом меняется и рентгенологическая картина моторики желудка.

В данном случае условным раздражителем служили кинэстезические импульсы, идущие в кору мозга, которые в прошлом сочетались с различ-

ными эмоциональными состояниями и связанными с ними мимико-соматическими реакциями. Этим обстоятельством подчеркивается, что в основе развития эмоции лежит условнорефлекторный механизм.

Как известно, в повседневной практике, особенно хирургической и одонтологической, бывают случаи, когда возникшая однажды астеническая эмоция оказывается патологически зафиксированной на продолжительное время. По учению И. П. Павлова, явление связано с возникновением инертных тормозных пунктов в коре мозга; такое состояние корковых клеток можно устранить, если в коре создать соответствующее и достаточно сильное возбуждение. Приводим несколько примеров устранения словесным внушением патологически инертного эмоционального состояния, взятых из нашей амбулаторной и клинической практики.





Рис. 80. Мимические реакции во внушенном сне после пассивного изменения позы исследуемой.
а — повелительный жест; б — поза горя.

1. Больной К., 40 лет, предстояла операция удаления геморроидальных узлов. Однако крайнее волнение перед операцией упорно мешало ей не только лечь на операционный стол, но даже войти в операционную. Проведено три сеанса внушения во внушенной дремоте. Таким путем неадэкватная эмоция страха была устранена, что позволило больной спокойно войти в операционную, лечь на стол и спокойно пролежать в течение всей операции, сделанной под местной анестезией (наблюдение А. А. Соседкиной).

2. Девочка 11 лет, по словам матери, в 6-летнем возрасте оказала сильное сопротивление во время операции удаления зуба. После этого не допускала к себе никого из врачей даже для исследования пульса. Когда возникла необходимость запломбировать два передних верхних зуба, то первое же посещение кабинета одонтолога вызвало у нее бурное волнение и страх. Девочка побледнела, расплакалась, возникло двигательное возбуждение. Уговоры не дали результата, и родители решили прибегнуть к помощи психотерапевта.

Несколькими поглаживаниями по лбу была вызвана дремота, в условиях которой внушалось «спокойное отношение к исследованию пульса, осмотру зубов и их пломбированию». После сеанса девочка уже допускала исследование пульса. На следующий день она была в кабинете одонтолога и, не испытывая страха, смотрела, как пломбируют зубы у матери и даже убеждала последнюю не волноваться. В дальнейшем поз-

волила обследовать свои зубы, выражая желание поскорее запломбировать их, а через день спокойно перенесла эту операцию.

3. Больная Г., 50 лет, обратилась к нам с жалобами на патологически проявляющийся страх перед грозой, доходящий «до полуобморочных состояний». Проведено два сеанса внушения во внушенном сне, после чего страхи не возникают в течение 18 лет.

Встречаются более сложные случаи, когда источником тяжелых переживаний и внутреннего конфликта, доводящего до развития депрессивного невротического состояния, может стать наличие сильной стенической эмоции, например, чувство сильной влюбленности, если последнее по тем или иным причинам должно быть подавлено. Как видно из приводимого ниже примера, и в этих случаях психотерапия может дать положительный эффект.

4. Больная Б , 25 лет, обратилась с жалобой на тяжелое депрессивное состояние, потерю интереса к жизни, тоску, полную неработоспособность, длящиеся в течение 3 месяцев. Это состояние возникло после того, как она узнала о невозможности брака с любимым ею человеком. Выяснилось, что молодой человек, которого она в течение 2 лет «безумно любит» и с которым давно имеется обоюдное решение о супружестве, страдает периодическим психозом. Это обстоятельство лишает его возможности вступить в брак На почве столкновения и борьбы двух противоположных тенденций — сильного эмоционального влечения к объекту своей любви и доводов рассудка, подкрепляемых близкими и врачами, у нее возникло тяжелое депрессивно-тревожное состояние, от которого она не может избавиться. Врачи говорят, что «все это пройдет», однако никакого улучшения она не замечает, наоборот, ее депрессия все более углубляется.

Проведено пять сеансов внушения во внушенном сне следующего содержания: «Вы прочно усвоили наше разъяснение и убеждение в нецелесообразности и даже вреде для вас продолжения связи с больным человеком. Его болезнь может передаться по наследству будущим вашим детям. Отрицательные черты его характера недооценивались вами, так как вы были ослеплены чувством любви к нему... Ваше чувство любви к нему с каждым днем слабеет, встречи с ним вас больше уже не волнуют, мысль о нем возникает все реже и реже... Пережитое вами уже забыто, так как вы уже разочаровались в нем... Вас радует освобождение от ненужного вам влечения к нему, ваше хорошее самочувствие восстановилось, вы попрежнему спокойны, целеустремленны и полны интереса к жизни» и т. д. Это привело к полному устранению патологической депрессии и восстановлению душевного равновесия и работоспособности.

В основе этого заболевания лежала внезапно происшедшая ломка динамического стереотипа, сложившегося и окрепшего в течение длительного времени, что для данной нервной системы оказалось непосильным и привело к глубокому и длительному нарушению высшей нервной деятельности.

Таким образом, мы видим, что наличие сильной стенической эмоции в виде неудовлетворенного чувства любви, если жизненная ситуация повелительно требует ее устранения, может приводить к невротическому заболеванию, устранить которое может патогенетически правильно построенная психотерапия.

Этим мы закончим описание очень важных по своему теоретическому и практическому значению исследований, касающихся словесного воздействия на эмоции. Конечно, эти данные недостаточны для общих выводов в такой широкой области как учение об эмоциях. Тем не менее в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности они могут иметь известное значение, освещая механизмы образования эмоциональных реакций, их проявления и устранения. Это тем более важно, что, как известно, область эмоций остается до сих пор все еще недостаточно изученной.

СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

ГЛАВА XV

К СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ

... громадное накопление за последнее полустолетие клинических наблюдений основывается на том, что физиолог дал врачу в руки схему жизни, с которой в руках он может удобно обозревать представляющиеся ему явления, узнавать их и группировать.

И. П. Павлов

Борьба за психотерапию в нашем отечестве началась давно. Еще в XVIII веке А. Н. Радищев говорил, что «духовное лекарство» заслуживает право на такое же место, как и «весь прочий аптекарский припас». В 1820 г. М. Я. Мудров подчеркивал, что «есть и душевные лекарства, которые врачуют тело», указывая на необходимость применения соответствующего психического воздействия, так как, по его словам, «сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску и метания и которая самые болезни, например, нервические, иногда покоряет воле больного».

Того же мнения придерживался и И. Е. Дядьковский, который в 1836 г. писал, что «... самым важнейшим средством, коим нуждаются страждущие, есть нравственная сила убеждения... и стыд врачу... — не владеть сим средством» (разрядка наша.— *К. П.*).

В. А. Манассеин (1876), собрав большой фактический материал, обращает внимание врачей на «психический способ лечения, до сих пор не получивший прав гражданства в практической медицине».

Отметим, что отечественные терапевты С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. И. Яроцкий первыми заговорили о необходимости уделять больше внимания этиологическому и лечебному значению психического фактора. А. И. Яроцкий в 1908 г. выпустил труд, специально посвященный вопросу о влиянии психической деятельности на физиологические процессы.

Первая крупная работа, специально посвященная вопросам психотерапии, принадлежит московскому психиатру А. А. Токарскому (1887), ассистенту С. С. Корсакова. Она касалась единственного в то время метода психотерапии — внушения в гипнозе. А. А. Токарскому принадлежит приоритет в применении этого метода в психиатрической клинике. Как известно, сам С. С. Корсаков (1901) также придавал большое значение психическому воздействию врача на больного, в том числе и клиническому применению внушения в гипнозе. Последователи А. А. Токарского (Е. Н. Довбня, Ф. Е. Рыбаков, В. К. Хорошко, П. П. Подъяпольский,

Д. А. Смирнов, Б. А. Токарский и др.) во многом содействовали лечебному применению гипноза и внушения.

Однако специальная инструкция, изданная Медицинским департаментом в 80-х годах прошлого столетия, резко ограничивавшая область и условия применения внушения и гипноза с лечебной целью, снизила, особенно в Москве, интерес к этому важному методу и его экспериментальному и клиническому применению.

Крупную роль в развитии клинического применения внушения и гипноза сыграл В. М. Бехтерев — выдающийся психоневролог, пользующийся мировой известностью. Начиная с конца 80-х годов и до последних дней своей жизни, он неустанно пропагандировал применение с лечебной целью не только гипноза и внушения, но и других методов психотерапии.

Среди зарубежных авторов, которые разрабатывали вопросы психотерапии, особенно следует отметить Бреда, Шарко, Бернгейма, Фореля, Левенфельда, Кронфельда, Дюбуа и Дежерина. Следует отметить, что учению о неврозах и применению методов психотерапии большой вред был нанесен вейсмановским идеалистическим учением о неизменности наследственного вещества и наследственных свойств, а также реакционной концепцией Фрейда и его последователей.

В конце XIX и в начале XX века в науке еще господствовала умозрительная психология, поэтому методы психотерапии не имели научного обоснования.

И только благодаря исследованиям школы И. П. Павлова стало возможно научное понимание и применение методов психотерапии.

Исходя из учения И. П. Павлова, мы должны сейчас понимать психотерапию как терапию патогенетическую, основанную на физиологическом анализе функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека. В этом отношении имеют большое значение работы А. Г. Иванова-Смоленского, К. М. Быкова, М. К. Петровой, С. Н. Давиденкова, Н. И. Красногорского, Б. Н. Бирмана, Ф. П. Майорова, В. Н. Мясищева, Ю. А. Поваринского.

Начиная с 1912 г. мы собрали большой материал, свидетельствующий о действенности психотерапии. Поэтому мы считаем возможным на основании нашего опыта высказать общие соображения о предпосылках успешного применения психотерапии.

Физиологически обоснованная психотерапия ставит своей задачей устранение функциональных расстройств высшей нервной деятельности путем использования действия слова на кору мозга, а через нее и на весь организм.

Одним из главных факторов лечебного воздействия на динамику коры мозга является устная речь, представляющая могучий комплексный условный раздражитель второй сигнальной системы, а вместе с тем и мощный социальный фактор. Разъяснение, убеждение и внушение, воздействуя на корковую динамику, изменяют в нужном направлении сознание больного, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативную деятельность и прочие физиологические процессы, происходящие в организме. Психотерапия должна прежде всего обеспечить оптимальное соотношение основных нервных процессов коры и подкорки и обеих сигнальных систем в деятельности целостного организма. Создавая в коре мозга новые динамические структуры, способствующие урегулированию общего физиологического состояния человеческого организма и устраняя патологические, психотерапия содействует таким путем скорейшему восстановлению его нормального функционирования.

Нужно постоянно иметь в виду, что, применяя психотерапию, следует учитывать индивидуальные особенности человека, вытекающие из

огромного комплекса сложных и социально обусловленных временных связей и корковых динамических структур его жизненного опыта. Восстанавливая нарушенное заболеванием нормальное состояние высшей нервной деятельности методами психотерапии, врач должен учитывать основные особенности конкретных условий социальной среды, в которых человек находился до заболевания и будет находиться после лечения.

Основное требование лечебной медицины, заключающееся в проведении причинной терапии, естественно, распространяется также на психотерапию: психотерапевт должен проанализировать причины возникновения данного заболевания. Без соответствующего анализа конкретных причин ни один метод психотерапии ни в бодрствующем, ни в гипноидном состоянии не может быть в полной мере продуктивным. Если в отдельных случаях прочный положительный эффект иногда может быть достигнут и без вскрытия ближайшей причины данного невротического заболевания (в особенности при психотерапии во внушенном сне), то на это нужно смотреть как на исключение. Как правило, каждой форме психотерапии всегда должен предшествовать конкретный разбор причин и условий возникновения симптомов и всего невроза в целом.

Как подчеркивает И. П. Павлов, необходимо отыскать «... те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза». Нужно понять, почему эти условия и обстоятельства дают такой именно результат, в то время как у другого человека они же «остались без малейшего влияния» и повели «у одного человека к такому болезненному комплексу, а другого — к совершенно другому»[1].

Многолетний опыт терапии неврозов говорит о том, что в огромном большинстве случаев различные психические травмы, а также лежащие в их основе физиологические механизмы, таким путем могут быть относительно быстро вскрыты и поняты. При этом существенное значение имеет учет различных этиологических факторов заболевания, так же как и обусловивших его физиологических механизмов. Этим определяется рациональная постановка соответствующих вопросов при анамнестической беседе врача с больным. Анализ в виде опроса обо всех этапах сознательной жизни больного, т. е. как мы говорим, «по календарному плану», часто раскрывает условия и действительные причины возникновения невроза.

Еще совсем недавно приходилось слышать о том, что психотерапия (и, в частности, гипносуггестивная) переживает кризис. Но это не так. В учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности психотерапия нашла свою физиологическую базу и стала на путь научного развития. Поэтому теперь у нас имеются достаточно обоснованные показания для применения психотерапии, причем не только в целях лечения «чистых» психогенных неврозов, но и для оказания помощи при соматических заболеваниях. Область применения психотерапии расширилась и вышла за пределы психиатрии; психотерапия используется во всех без исключения разделах лечебной медицины. Нет той клинической дисциплины, в которую не включалась бы психотерапия как метод прямого или косвенного воздействия на состояние высшей нервной деятельности больного, а отсюда и на все течение его болезни.

Бóльшая или меньшая сложность психотерапевтического подхода к больному определяется степенью сложности условий развития невроза,

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 339.

а также лежащих в его основе физиологических механизмов. В тех случаях, когда травмирующие психику факторы понятны врачу и больному и нет необходимости в глубоком анализе причин развития невроза, можно с успехом использовать успокоение, убеждение и словесное внушение в бодрствующем состоянии больного. Эту форму лечения можно назвать малой психотерапией. К ней относится также чисто симптоматическая психотерапия. Такой формой психотерапевтического вмешательства может и должен владеть каждый врач.

В других случаях требуется более углубленное исследование конкретных предрасполагающих и вызывающих причин, изучение травмировавших психику факторов и характера их воздействия (их повторности, длительности на протяжении предшествовавшей жизни больного) и, наконец, анализ физиологических механизмов, лежащих в основе данного невроза. Здесь уже следует применять более сложные лечебные приемы: более или менее подробную и углубленную анамнестическую беседу, разъяснение и убеждение в бодрствующем состоянии, словесное внушение в дремотном состоянии или во внушенном сне. Это сочетание связанных между собой психотерапевтических мероприятий можно назвать большой психотерапией, которую должен применять специально подготовленный психоневролог или психиатр.

Какова эффективность психотерапии, применявшейся нами и нашими сотрудниками при лечении психогенных неврозов?

За ряд лет эффективность ее в амбулаторных условиях выразилась в следующих цифрах: у 58% больных наступило выздоровление, у 20% — значительное улучшение, у 16% — незначительное улучшение, у 6% — эффекта не было. Следовательно, реальная помощь была оказана в наших условиях в 78% случаев. Столь значительная эффективность, повидимому, могла быть обусловлена применением комбинированного метода патогенетически обоснованной психотерапии.

Можно полагать, что с дальнейшим ростом наших знаний по физиологии высшей нервной деятельности, с совершенствованием диагностики неврозов, а также средств психопрофилактики и психотерапии и накоплением психотерапевтического опыта, применение психотерапии должно будет получить еще бóльшую патогенетическую направленность и методическую четкость.

Вместе с тем мы считаем, что в дальнейшем врачи-соматологи получат возможность убедиться в том, что в ряде соматических заболеваний немалую роль играют травмирующие психику воздействия. Мы имеем в виду, например, наблюдения, касающиеся психогенных расстройств деятельности внутренних органов, сердечно-сосудистой, эндокринно-вегетативной системы и пр. Синдромы психогенных расстройств такого рода дают такую же картину функционального нарушения деятельности данного органа или системы, как и при действительном органическом их поражении. Это есть то, что носит название «невроз органа» или «вегетоневроз», на чем мы подробнее остановимся в дальнейшем.

Тот факт, что между корой мозга и внутренними органами имеется функциональная связь, является основанием применения психотерапии как вспомогательного средства для устранения соматогенной невротической симптоматики, возникающей вторично, вследствие органического заболевания той или иной системы или органа.

Казалось бы, значение психотерапии в лечении неврозов уже давно является общепризнанным. Однако долгое время не все ее методы пользовались равным признанием. Некоторые из психоневрологов, применяя

какой-либо из существующих методов психотерапии, отрицательно относились к остальным ее методам. Это приводило к разделению психотерапевтов на «гипнологов», «рационалистов» и «психоаналитиков» и нарушению принципа индивидуализации лечения больного.

ПСИХОТЕРАПИЯ В БОДРСТВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ

Лечение ряда невротических заболеваний с полным успехом может осуществляться путем *разъяснительной, по В. М. Бехтереву (рациональной, по Дюбуа)* психотерапии, проводимой в бодрствующем состоянии больного. Она состоит в разъяснении больному причин и сущности его невротического заболевания и в указании тех специальных лечебных приемов, которые следует применить для его устранения.

Предварительно в целях уточнения диагностики больной должен быть тщательно исследован со стороны соматической сферы. После этого собирают подробный анамнез больного с целью выявления условий возникновения данного невротического заболевания, его клинической и патофизиологической картины, а также определения характера психической травмы больного. При этом выясняют силу травмировавших психику факторов, длительность их воздействия, возможную последующую второсигнальную переработку больным эффекта этого воздействия и пр. Наконец, определяют возможность устранения травмирующих психику моментов и отношение больного к своему болезненному состоянию, имеется ли у него готовность к лечению и стремление к выздоровлению или же, наоборот,— «бегство в болезнь» и т. п

Все это представляет в целом весьма важный материал, помогающий врачу ознакомиться с состоянием больного, и служит начальным стимулом к терапии. Уже сама откровенная «исповедь» больного нередко оказывается важным психотерапевтическим фактором, открывая путь к дальнейшему успешному лечению.

Не следует забывать, что каждый больной тревожится о состоянии своего здоровья. Поэтому прежде всего необходимо его успокоить, снизить его напряженное, тревожное состояние. Только после этого можно приступить к проведению анамнестической беседы и к последующей систематической терапии разъяснением или убеждением. Мы обычно освещаем причины возникшего невротического состояния и его физиологические механизмы, если они были неизвестны больному, недостаточно осознаны им или неправильно истолкованы. Нередко можно наблюдать, что характер отношения больного к его болезненным ощущениям, мыс*лям или к пережитой им психической травме уже в самом процессе этой* беседы начинает перестраиваться.

Приемы разъяснительного и убеждающего словесного воздействия могут начаться с вопросов, относящихся к образу жизни больного, условиям его общественных и семейных отношений, характеру его трудовой деятельности и пр. Врач должен разъяснить больному причины возникновения его невротического состояния, научить правильно оценивать его симптомы, так же как и врачебные приемы, направленные к устранению этого состояния, причем врач должен исправлять ошибки в рассуждениях больных и бороться с их предрассудками, воздействуя путем логического убеждения.

Однако терапия разъяснением и убеждением может быть на достаточной высоте лишь в том случае, если врачу самому вполне ясны истинные причины, условия и механизм развития данного невротического состоя*ния. Поэтому применение этого метода может быть рациональным лишь* при всестороннем изучении врачом условий развития заболеваний с учетом факторов социальной среды.

Обращаясь к логическим выводам, врач не должен ограничиваться только теоретическими рассуждениями, ибо, как бы искусно они ни были построены, этого недостаточно для того, чтобы переубедить человека. Приводимые врачом доводы должны быть не только логически обоснованы, но и эмоционально окрашены. По образному выражению Дюбуа (1911), эти доводы «не должны быть сервированы в холодном виде, а должны быть подогреты этическими представлениями и примерами».

При разъяснительной, убеждающей психотерапии стремление врача должно быть направлено на активизацию деятельности коры мозга больного и поднятие ее тонуса. Врач должен содействовать устранению патологических связей и корковых динамических структур и созданию новых, что достигается больным путем критической переработки (под руководством врача, в прямой беседе с ним) всей патогенетической ситуации, послужившей причиной его заболевания.

Следует подчеркнуть, что при этом методе лечения весьма важное значение имеет состояние эмоциональной сферы больного, его корковая активность, способность объективно взвесить и критически оценить свое состояние, а особенно свои личные переживания, обусловившие возникновение невротического заболевания.

Необходимо отметить, что метод разъяснения и убеждения в свое время расценивался многими как якобы наиболее продуктивный среди всех других. Это происходило потому, что методы внушения и гипноза, не имея тогда научного обоснования, находили применение лишь в целях симптоматической терапии, в то время как метод разъяснения и убеждения имел черты, явно приближавшие его к задачам терапии патогенетической. Предубеждение врачей в отношении гипноза имело в своей основе также ошибочное представление школы Шарко о гипнозе как состоянии патологическом и пр.

Для иллюстрации эффективности разъяснительной психотерапии приводим следующее наблюдение.

1. Больная Д., 22 лет, студентка, обратилась с жалобами на сильные головные боли, подавленное настроение, беспричинные слезы, сонливость днем и отсутствие сна ночью, страх в связи с предстоящими родами, мысли о смерти. На V месяце беременности была оставлена мужем, в связи с чем стыдится своей беременности, ребенка иметь не хочет, «с ужасом думает о его воспитании и содержании». Не усваивает учебного материала, перестала сдавать зачеты.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии следующего содержания: «Ваше болезненное состояние вызвано разрывом с мужем, вы еще не изжили этого разрыва и потому будущее кажется вам таким тяжелым. В действительности же разрыв с мужем решил все дальнейшее положительно и был необходим, так как только легкомысленный человек мог вас оставить на V месяце беременности и от жизни с ним вы, конечно, ничего хорошего ожидать не могли. Жизнь надо строить с человеком устойчивым и достойным вас. То, что у вас будет ребенок, для вас великая радость, ничего позорного в этом нет. Ребенок будет вашим самым родным и близким существом, в нем вы будете иметь маленького друга и потому в своей личной жизни никогда не будете ощущать пустоты. Ребенок не может помешать учебе: у нас есть ясли, детские сады, у вас есть мать, которая поможет в уходе за ребенком. В нашей стране нельзя бояться иметь ребенка: иметь ребенка — это гордость и радость матери. Ваши роды будут легкими и пройдут безболезненно и благополучно. Вы на IV курсе, до окончания института осталось немного, вы успешно закончите это важное для вас дело...» и т. д.

Больная с большим вниманием прослушала до конца слова врача

и после сеанса ушла убежденной в правоте слов врача и успокоенной. После нескольких таких бесед все жалобы больной исчезли. Спокойствие и нормальный ночной сон восстановились, головная боль прекратилась, страхи и волнения ее уже не мучили. Вернулся интерес к занятиям, училась успешно, благополучно родила, материнское чувство к ребенку получило свое нормальное развитие. О муже не думает (наблюдение З. А. Копиль-Левиной, 1940).

Таким образом, мы видим, что при умелом подходе врача к личным переживаниям больного путем нескольких сеансов разъяснительной терапии удается устранить последствия срыва высшей нервной деятельности.

Другой прием психотерапии, проводимой в бодрствующем состоянии, основан на применении врачом прямого или косвенного словесного внушения. Такой прием может дать положительный терапевтический эффект в том случае, если кора мозга больного находится в состоянии более или менее резко сниженного тонуса. Обычно фактором, снижающим тонус коры мозга больного, может явиться неблагоприятная для него ситуация, созданная возникшим заболеванием или же травмирующими его бытовыми условиями. Однако таким фактором может быть и слово врача.

Применение в бодрствующем состоянии п р я м о г о словесного внушения может быть успешным лишь в том случае, если оно проводится врачом, высоко авторитетным в глазах больного. При этом такое внушающее воздействие должно быть сделано совершенно внезапно для больного, т. е. когда он к нему не подготовлен, ибо такой внезапный воздействующий фактор должен создать в коре мозга больного достаточно стойкий пункт возбуждения, изолированный отрицательной индукцией от других участков коры. Внешне это выражается в возникновении у больного состояния оторопелости, растерянности или смущения. Поэтому внушение в данном случае должно иметь характер короткого, не допускающего возражения или сомнения императивного указания или даже приказа.

Приводим пример успешного применения в бодрствующем состоянии больного прямого терапевтического внушения.

2. Исследуемая З., 22 лет, в течение 3 месяцев беременности страдает постоянной рвотой, может принимать только жидкую пищу и притом лишь весьма малыми порциями, не выносит различных запахов (табака, мыла и др.). Кроме того, регулярно каждое утро у нее наступают мигренеподобные боли, длящиеся 20—30 минут, ознобы, учащенное сердцебиение; в последующем у нее отмечается рвота и она находится в состоянии прострации в течение 2—3 часов.

После проведенной нами анамнестической беседы и ознакомления больной со случаями излечения рвоты беременных словесным внушением ей было предложено притти на следующий день для начала лечения.

Но, провожая беременную из кабинета, мы внезапно остановили ее у дверей и повелительным, твердым тоном, смотря ей в глаза, быстро произнесли. «Итак, у вас все кончено, рвот больше нет!». «Но ведь вы еще не начали лечения?» — возразила в недоумении, с некоторой растерянностью и удивлением больная. «Нет, лечение начато!»— последовал ответ. «Будет так, как сказано! Разговоры излишни! Идите домой и будьте здоровы!» Больная вышла смущенной.

На следующий день она явилась в прекрасном настроении и радостно заявила, что «со вчерашнего дня все как рукой сняло». Вечером она поужинала (впервые за 3 месяца), к запахам безразлична, впервые за все время беременности не было головной боли, утром ела без чувства тошноты.

Мы наблюдали беременную в течение месяца: она продолжала чувствовать себя вполне хорошо. Демонстрировалась нами на врачебной конференции. Благополучно родила в срок.

В данном случае внезапным воздействием сильного императивного *внушения в коре мозга больной, находившейся в ослабленном состоянии* под влиянием осложненно протекавшей беременности, был создан очаг концентрированного возбуждения, чем были отрицательно индуцированы другие районы коры мозга. Это вызвало у нее состояние растерянности и оторопелости. Как можно думать, возникшая при этом сильная волна отрицательной индукции привела к устранению имевшейся (и упрочившейся) кортико-висцеральной патологической симптоматики. Все это было достигнуто лишь прямым императивным внушением, сделанным в бодрствующем состоянии больной. Отметим, что для успеха такого внушения требовалось не только создать тормозное состояние определенных районов коры мозга, что было достигнуто императивным тоном словесного воздействия, но и направить его на устранение имевшегося нарушения.

Применение косвенного словесного внушения также может успешно осуществляться в бодрствующем состоянии больного. Одно из весьма демонстративных наблюдений такого рода нами описано на стр. 158, когда таким путем была устранена психогенная полидипсия и полиурия, длившиеся в течение ряда лет.

Наконец, такое внушение может проводиться в бодрствующем состоянии во время психопрофилактической подготовки больных к предстоящей хирургической операции, а беременных к родам и т. п. При этом применяют разъяснение, убеждение, а также внушение, прямое и косвенное, что создает у больного положительную установку в отношении предстоящего события и сохранение полного спокойствия, т. е. активирование корковой деятельности. Все описанные мероприятия направлены на устранение тормозного состояния коры мозга.

Следует отметить, что и при других приемах психотерапии обычно ставится та же задача — повышение тонуса коры мозга больного. Есть основание утверждать, что в определенных случаях именно активное, деятельное состояние коры мозга способствует наиболее успешному сопротивлению организма развитию болезни. Соображения по этому вопросу в свое время были выдвинуты И. З. Вельвовским (1952), а исследования на животных проведены Д. Ф. Плецитым (1954) и др.

Следует отметить, что, как подчеркивают в ряде своих работ А. Г. Иванов-Смоленский и Ф. А. Андреев, применение охранительной терапии сном при некоторых заболеваниях и состояниях дает отрицательные результаты. В этих случаях, наоборот, необходима терапия возбуждением, т. е. активация коры головного мозга. На положительное значение активации коры мозга для борьбы с родовыми болями, так же как и с преждевременными родами, указывает И. З. Вельвовский (1952), который рассматривает терапию возбуждением как важный принцип лечения и профилактики, основанный на физиологическом учении И. П. Павлова. Умеренное возбуждение коры мозга, отрицательно индуцируя подкорку, снижает болевую чувствительность.

Н. П. Татаренко (1948) показала, что активация корковой деятельности уменьшает фантомные боли. Следует отметить, что мысль о необходимости укрепления нервной системы больного в свое время настойчиво проводилась и В. М. Бехтеревым (1911, 1926).

Стимулирующая психотерапия, повидимому, особенно показана *при лечении больных туберкулезом легких*. Для психики больных туберкулезом специфична подавленность, раздражительность, склонность к ипохондрическим жалобам, повышенная половая возбудимость. Мно-

гие авторы отмечают у них вазомоторную и температурную лабильность, головные боли, отсутствие аппетита, расстройство сна или, наоборот, чрезмерную сонливость, также более или менее выраженные психопатические проявления, повышенную внушаемость и самовнушаемость, изменение настроения и характера. Больной из веселого человека превращается в скучного и грустного, из тихого и покладистого становится требовательным и нетерпеливым.

Повидимому, в основном все это обусловливается туберкулезной интоксикацией, но могут иметь место также психогенные наслоения, являющиеся прямым результатом второсигнальной переработки больным создавшейся весьма трудной для него патологической ситуации.

Наши наблюдения показывают, что в начальной стадии заболевания туберкулезом все эти явления могут быть устранены систематически проводимой стимулирующей психотерапией. Последняя должна быть направлена на повышение настроения больного и внушение ему полного спокойствия, бодрости, уверенности в благоприятном исходе лечения, т. е. в основном должна вести к повышению общего тонуса коры мозга больного.

Третий прием психотерапии, также проводимой в бодрствующем состоянии, предложен Бернгеймом и видоизменен В. М. Бехтеревым (1911). Бодрствующий больной должен находиться в состоянии полной пассивности и покоя. Для этой цели больного следует уложить (или усадить) с закрытыми глазами в удобное положение, в теплом и тихом помещении, при ослабленном освещении.

В этих условиях авторитетное слово врача падает на кору мозга больного при значительном ограничении раздражений внешней среды. Для восприятия бодрствующим больным словесного воздействия врача такое состояние покоя оказывается особенно благоприятным. Воздействие врача с помощью слова производится с целью отвлечения больного от пережитых им событий или неблагоприятных для него факторов, а также для укрепления его воли, изменения его поведения и т. п. Такое воздействие воспринимается больным обычно п а с с и в н о, хотя и несколько критически.

Словесное воздействие врача в этом случае должно иметь характер мотивированного разъяснения, убеждения или же утверждения. «Терапия эта,— говорит В. М. Бехтерев (1911),— повторяемая в ряде сеансов, не сопровождающихся гипнотическим усыплением, обыкновенно приводит к успеху даже в тяжелых случаях». Он считает, что лечение внушением в бодрствующем состоянии основано на том, что многие из явлений при неврозах объясняются либо самовнушением, либо невольным внушением. Отсюда понятно, что «необходимо применить противовнушение или терапевтическое внушение, чтобы устранить наиболее тягостные симптомы болезни». Этот метод мы именуем методом Бернгейм-Бехтерева. Приводим один из примеров его успешного применения.

3. Больная М., 39 лет, обратилась с жалобами на чрезмерную раздражительность, неумение владеть собой, а вместе с тем и чрезмерную слабость, нерешительность, нетерпеливость и суетливость, постоянное состояние подавленности и тревожного ожидания «чего-то горестного». Отмечает, что стала всего бояться и относиться ко всему подозрительно, к окружающим крайне придирчива, своего мужа ревнует. Вследствие этого в последние месяцы испытывает постоянное чувство «нежелания жить в таком состоянии». Весь синдром стал развиваться 8 лет назад, вскоре после перенесенной ею хирургической операции (экстирпация фибромы матки). Обратилась с просьбой избавить ее от этого тяжелого состояния, а главным образом от ревности, повидимому, обусловленной тем, что ее

муж, который был на 3 года моложе ее, постоянно говорил ей, что она «уже отжила». Так как она, действительно, выглядела старше своих лет, то и находилась под внушающим воздействием этих слов своего мужа.

Проведено шесть сеансов психотерапии в бодрствующем состоянии по В. М. Бехтереву, *причем внушения были успокоительного и разъяснительного характера*. После 3-го сеанса отмечено резкое улучшение — больная стала значительно спокойнее, владеет собой, ревность исчезла, разница в годах с мужем уже не тревожит. После 5-го сеанса сообщила, что предменструальный период, который обычно у нее всегда был тяжелым (чрезмерная раздражительность, тоска), на этот раз прошел вполне спокойно. Спустя месяц предменструальный период опять прошел хорошо; *ревность не возобновлялась, самочувствие хорошее*.

Следует отметить, что при этом методе словесной терапии критическое отношение больного к словам врача сохраняется, что, несомненно, содействуя эффективности полного восприятия их больным, в то же время может ограничивать силу внушающего воздействия. Именно вследствие этого такое воздействие иногда оказывается недостаточным для устранения невротического состояния, получившего характер патологической *инертности*.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ДРЕМОТНОМ СОСТОЯНИИ И ВО ВНУШЕННОМ СНЕ

Как известно, дремотное состояние характеризуется некоторым снижением положительного тонуса коры мозга, легкой заторможенностью корковых клеток. При этом корковые клетки частично сохраняют свои прежние следовые связи, на них продолжают оказывать воздействие внешние раздражения, сохраняются также некоторые моторные реакции (например, произвольное движение век).

Такое состояние может быть достигнуто у всех людей. Оно имеет определенное значение для успеха психотерапии. Отметить это необходимо потому, что среди врачей существует ошибочное представление, будто для проведения словесного внушения у больного непременно должен быть «глубокий гипноз»; между тем для этих целей в ряде случаев *вполне достаточным оказывается дремотное состояние. Это относится* не только к психогенным, но и к соматогенным неврозам.

Что же обусловливает успех психотерапии, проводимой в дремотном состоянии?

Повидимому, успех объясняется тем, что в дремотном состоянии имеет место снижение положительного коркового тонуса и некоторое превалирование тормозного состояния корковых клеток.

Однако следует подчеркнуть, что и при этом состоянии коры мозга устранение лежащих в основе невротического заболевания патофизиологических механизмов оказывается далеко не всегда осуществимым, особенно в том случае, если их фиксация произошла в условиях более глубокого тормозного состояния коры мозга или при более сильных травмировавших психику факторах. Вот почему в ряде случаев необходимо прибегать к получению более глубокого сонного торможения, вплоть до «сомнамбулической фазы» внушенного сна. Только в этом состоянии какие-либо конкурирующие воздействия оказываются полностью исключенными, и внушающее слово врача приобретает свою решающую терапевтическую значимость. Более глубокая заторможенность соответствующих отделов коры мозга необходима и в тех случаях, когда «прикосновение» словами внушения к больному пункту вызывает у усыпленного отрицательную реакцию.

Содержание внушений должно отвечать содержанию патогенетических факторов, иметь характер разъяснения, убеждения или утверж-

дения. Оно должно создать у больного индиферентное отношение к причинным факторам, забвение их и образование новых, положительных установок (логически обоснованное мотивированное внушение во внушенном сне, предложенное В. М. Бехтеревым и Левенфельдом). Отметим, что хронаксиметрические исследования Ф. П. Майорова (1939), проводившиеся во время внушенного сна, свидетельствуют о том, что во время внушений, т. е. именно в самые моменты образования в соответствующих отделах коры мозга новых динамических структур, может происходить некоторое ослабление сонного торможения корковых клеток.

Как мы уже отмечали выше, в условиях внушенного сна кора мозга вне зоны раппорта оказывается заторможенной и растормаживается только в тех ее участках, на какие прямым образом направлено словесное воздействие усыпляющего. Замыкательная функция коры мозга в зоне раппорта *не только сохранена, но и усилена вследствие положительной индукции*, обусловленной натиском торможения из окружающих районов коры мозга. При этом как замыкательная, так и анализаторная функция почти полностью подчинена словесным внушениям усыпившего. Вследствие этого состояние внушенного сна весьма благоприятствует успеху словесных терапевтических внушений.

Словесные внушения в известных случаях оказываются чрезвычайно эффективными даже при значительной глубине и длительности невротического заболевания, упорно не поддающегося воздействию других методов психотерапии.

Почему именно в условиях внушенного сна воздействие словом на корковую динамику больного получает исключительную эффективность?

Согласно учению И. П. Павлова, причина лежит именно в том, что, несмотря на сниженный тонус обширных районов коры мозга, охваченных сонным торможением, у врача тем не менее остается возможность прямого воздействия на все стороны корковой деятельности больного. Это достигается именно благодаря тому, что в этих условиях кора мозга больного функционально расчленена на сонные и бодрствующие отделы. Своим словесным воздействием, падающим на ее бодрствующий отдел (зона раппорта), врач в этих условиях получает возможность особенно действенного и притом тонко диференцированного, прямого влияния на любые стороны корковой деятельности. Он может влиять на пусковую и корригирующую деятельность коры, может устранять возникшие в ней функциональные нарушения, воздействовать через нее на подкорку, *на отдельные стороны деятельности всей анимально-эндокринно-вегетативной системы*, интимные биохимические и трофические процессы, тканевые реакции и пр.

Дело заключается в том, чтобы врач сумел правильно использовать свое влияние и с наибольшим успехом провести ту сложную корригирующую и *направляющую*, стимулирующую и *восстанавливающую* психотерапию, какая в том или ином случае оказывается необходимой. Добившись положительного эффекта, врач должен достаточно прочно закрепить его, так же как и предотвратить возможность повторения аналогичных нарушений в будущем.

Так, вопреки существовавшим убеждениям о кратковременности успеха гипнотерапии, длительность положительного катамнеза в некоторых наших клинических наблюдениях доходила до 20 лет и более. Весьма положительный стороной является также значительное сокращение срока лечения, что подтверждает большинство приводимых нами наблюдений.

Больной П., 46 лет, обратился по поводу тяжелого неврастенического синдрома (крайняя раздражительность, диссомния, быстрая утомляемость, кошмарные сновидения), развившегося у него почти год назад

после пережитого им тяжелого конфликта на службе, сопровождавшегося оскорблением его крайне болезненного самолюбия. Это привело к развитию указанного невротического состояния и полной утрате работоспособности (переведен на инвалидность). Тонизирующая гидротерапия и лечение бромидами не дали эффекта. *Вследствие этого было* проведено шесть сеансов психотерапии *во внушенном сне, что в весьма короткий срок (6 дней)* восстановило нормальное состояние больного, нормальный сон и работоспособность (рис. 81).

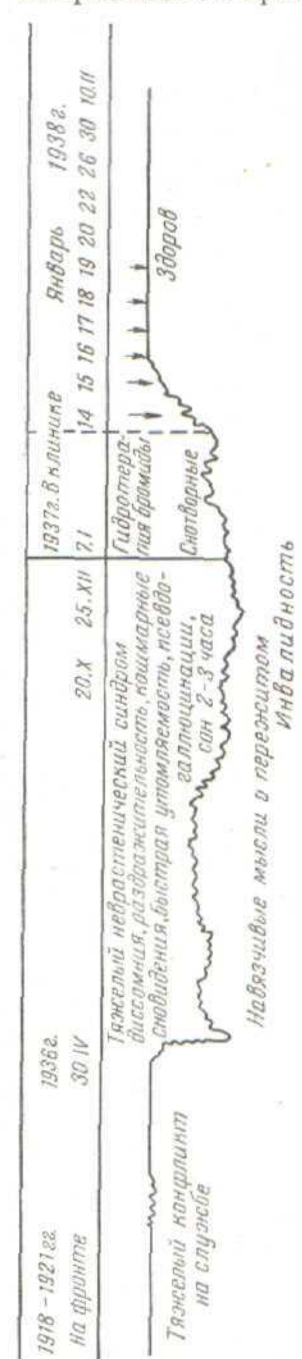


Рис. 81. Схема развития невроза и эффективности гипносуггестивной терапии. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

Следует отметить, что начальный положительный терапевтический эффект в отдельных случаях может быть получен уже при первом сеансе внушения, проведенного при начальных признаках внушенного сна. Но для получения стойкого лечебного эффекта обычно требуется 5—6 сеансов *психотерапии во внушенном сне. Иногда же*, когда отмечается исключительная стойкость невротической симптоматики, может потребоваться 20—30 сеансов лечения и более. Продолжительность лечения определяется степенью инертности корковых процессов Особенно быстро наступающий положительный эффект психотерапии во внушенном сне обычно наблюдается у легко засыпающих исследуемых.

Какая степень глубины внушенного сна наиболее благоприятствует успеху психотерапии?

Как мы знаем, основной механизм внушаемости заключается в разорванности нормальной более или менее объединенной работы всей коры, которая возникает в результате того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы, что и приводит к «неодолимости» внушения, производимого в отсутствие обыкновенных *влияний на него со стороны остальных частей* коры. Отсюда следует, что глубина внушенного сна должна быть такой, чтобы наступило достаточно полное функциональное расчленение коры мозга на сонные и бодрые отделы. По данным Ф. П. Майорова (1950), мы знаем, что сомнамбулическая фаза внушенного сна именно и определяется максимальной способностью коры мозга усыпляемого к расчленению на сонные и бодрые отделы.

Согласно нашим амбулаторным и клиническим наблюдениям, весьма четкий положительный терапевтический эффект нередко наблюдается при самом легком гипнотическом состоянии, что, нужно сказать, может иметь место после ряда совершенно безуспешных попыток психотерапии в бодрствующем состоянии.

Таким образом, гипносуггестивный метод *является наиболее правильным приемом психотерапии* именно в случаях, когда невротическое заболевание возникло в условиях фазового состояния

коры мозга. В таких случаях психотерапия во внушенном сне, т. е. в состоянии, аналогичном или близком к этому состоянию, прямо показана. Отсюда вытекает и большая терапевтическая значимость этого метода. Кроме того, важное значение имеет соединение в этом методе двух могучих лечебных факторов: восстановительного сонного торможения и терапевтического внушения.

Отметим, что психотерапия во внушенном сне главным образом показана:

1) при значительной стойкости патологического синдрома;

2) при невротических состояниях, лечение которых в бодрствующем состоянии не дало положительного эффекта;

3) для быстрого общего успокоения больного и с переходом в дальнейшем к разъяснительной и убеждающей психотерапии в состоянии бодрствования;

4) при психогенных реактивных депрессиях, даже иногда с бредовыми идеями, и психогенно-реактивных параноидных синдромах;

5) для целей «гипноанализа», т. е. выявления нужных для врача анамнестических сведений, которые или выпали из сознания больного, или касаться которых больной в бодрствующем состоянии из-за травмирующего психику воздействия еще не может;

6) как вспомогательный, чисто симптоматический терапевтический прием при соматических заболеваниях;

7) для диференциальной диагностики.

Противопоказаниями к применению метода гипносуггестивной терапии являются: паранойя, параноидная форма шизофрении, психастения. Наконец, нельзя сразу приступать к гипносуггестивной терапии, если больной предубежден против гипноза и боится его.

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУШЕННОГО СНА-ОТДЫХА

В качестве широко применяющегося нами вспомогательного терапевтического приема всегда служил длительный внушенный сон. Обычно он применяется при более или менее тяжелых состояниях в качестве заключительного приема после курса психотерапии и служит как для восстановления корковых клеток, так и для закрепления полученного терапевтического эффекта.

Необходимо отметить, что уже кратковременное пребывание больного в состоянии внушенного сна нередко оказывает на его нервную систему положительное действие. Об этом говорят весьма многочисленные наблюдения ряда авторов, а также наши и наших сотрудников. В ряде случаев даже состояние неглубокого внушенного сна само по себе, без каких-либо специальных внушений, приводит к определенному терапевтическому эффекту. Так, некоторые наши больные после пробуждения от первого же внушенного сна нередко заявляют об исчезновении у них болевых явлений или неприятных болезненных ощущений.

Вместе с тем, как мы знаем, длительный внушенный сон по самой своей природе является длительным восстановительным сонным торможением. Все это делает его терапевтически ценным приемом воздействия на корковую динамику при всех функциональных нарушениях высшей нервной деятельности. Нужно отметить, что стремление заменить длительный медикаментозный сон внушенным сном, длительность которого может быть доведена до многих часов, находит в этом полное оправдание, тем более что применение для длительного лечебного сна всякого рода фармакологических снотворных имеет многие отрицательные стороны.

Кроме того, при внушенном сне можно регулировать глубину его, а также делать необходимые терапевтические внушения.

Преимущество внушенного сна перед сном фармакологическим в свое время было экспериментально доказано ближайшей сотрудницей И. П. Павлова М. К. Петровой (1945).

Сравнивая эффективность медикаментозного сна и сна условнорефлекторного у собак-невротиков с кожными экземами и язвами, М. К. Петрова обнаружила, что гипнотическое торможение, переходящее в обычный глубокий сон, оказывается наиболее эффективным в отношении быстроты и продолжительности терапевтического действия. В частности, М. К. Петрова отметила повышение устойчивости организма собак после длительного условнорефлекторного сна к различным воздействиям, ослабляющим нервную систему. Вместе с тем, и «быстрота исчезновения имевшихся трофических кожных расстройств» находится, по ее словам, «в прямой зависимости от глубины гипнотического сонного торможения».

Все это подтверждается нашими наблюдениями и свидетельствует о необходимости углубления пролонгированного внушенного сна больных соответствующими словесными внушениями.

Длительное пребывание в состоянии внушенного сна особенно показано при длительном действии факторов, сильно истощивших нервную систему, например, при сверхсильных переживаниях, тяжелой хирургической операции, трудных затяжных родах, тяжелом соматическом заболевании, общей усталости, при повышенной нервной возбудимости и т. д. Словом, он нужен там, где необходимо поднять тонус коры мозга, урегулировать состояние корковых процессов, усилить процессы ассимиляции, поднять анаболизм. Хирурги могут широко использовать состояние длительного внушенного сна в пред- и послеоперационном периоде, поручая это делать специально обученному медицинскому персоналу.

Есть основания считать, что применение длительного внушенного сна может найти важное практическое значение в профилактике гипертонической болезни, при лечении язвенной болезни, при ранних стадиях туберкулеза и вообще во всех случаях, когда требуется в короткие сроки обеспечить максимальное восстановление сил. Что же касается невротических заболеваний, то при них длительный внушенный сон является важнейшим терапевтическим приемом, применяемым непосредственно вслед за устранением словесным внушением основных патогенетических факторов данного заболевания.

Так по наблюдениям А. П. Прусенко, проведенным в 1926 г. в диспансере Украинского психоневрологического института, применение длительного внушенного сна оказывало благотворное влияние на больных подростков, страдавших повышенной возбудимостью нервной системы (групповой метод применения длительного внушенного сна). По данным З. А. Копиль-Левиной и И. Т. Цветкова, длительный внушенный сон возвращал силы роженице (при затяжных родах) и роды заканчивались без наложения щипцов.

Положительные результаты длительного внушенного сна были получены М. И. Кашпур и К. И. Лавровой при лечении невротиков[1]. Особенно хорошие результаты наблюдал И. В. Стрельчук (1951а), применяя пролонгированный внушенный сон при лечении алкоголиков.

В качестве важного вспомогательного терапевтического приема служит приведение больного, находящегося во внушенном сне, в физио-

[1] Доклад на научной конференции Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения в честь воссоединения Украины с Россией (май 1954 г.).

логическое состояние «глубокого отдыха». Обычно создаваемый специальным внушением «глубокий отдых» применяется при более или менее тяжелых состояниях как заключительный прием после каждого сеанса психотерапии и служит для усиления и закрепления полученного терапевтического эффекта.

Следует подчеркнуть, что, как это мы уже отмечали выше, активное состояние «глубокого отдыха» качественно отлично от обычного состояния внушенного сна, а также медикаментозного сна. В состоянии внушенного «глубокого отдыха» происходит **максимальная активизация восстановительной деятельности коры мозга.** *В свое время такой «глубокий отдых» чисто эмпирически применялся* многими старыми гипнологами, а особенно (как уже упоминалось) стокгольмским врачом Ветерстрандом (Wetterstrand), хотя лежащие в основе этого сна физиологические механизмы до работ школы И. П. Павлова оставались нераскрытыми.

Для иллюстрации эффективности состояния глубокого отдыха, внушаемого во внушенном сне, приводим следующее наблюдение.

Больная 66 лет после перенесенной гриппозной пневмонии была чрезвычайно ослаблена, истощена и адинамична. Испытывает отвращение к пище, страдает упорной бессонницей.

Были применены сеансы внушенного глубокого отдыха. Первый такой сеанс, получасовой длительности, возвратил больной на несколько часов достаточную физическую бодрость и влечение к пище. Повторные сеансы, длительностью по 8 часов, проведенные в последующие дни, окончательно восстановили аппетит и ночной сон. Физические силы больной стали укрепляться и через неделю она свободно двигалась, чувствуя себя достаточно бодрой.

Разнообразие форм невротических состояний, условий их развития, лежащих в их основе патофизиологических механизмов и типовых особенностей нервной системы, определяют и разнообразие методов психотерапии, проводимой как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне.

Соответственно этому мы обычно применяем комбинированную психотерапию: сначала (после анамнеза) разъяснительную терапию, затем — внушение во внушенном сне с последующим, когда это необходимо, внушенным сном-отдыхом. Исключение составляют такие истерические реакции, как афония, мутизм, различные парезы движений, когда нередко одного сеанса прямого или косвенного словесного внушения, проведенного в бодрствующем состоянии или во внушенном сне, уже достаточно, чтобы полностью устранить все болезненные симптомы. Таким образом, клинические наблюдения, как и факты из жизни, заставляют признать целесообразным использование не только элементарного, но и сложного словесного внушения.

Конечно, прежде всего должна быть проведена обстоятельная анамнестическая беседа, после которой в бодрствующем состоянии применяется психотерапия в виде разъяснения и убеждения. Затем, если это необходимо, делаются внушения по Бернгейм-Бехтереву с последующим подкреплением их в дремотном состоянии, а в случае необходимости и во внушенном сне. При этом вначале мы обычно довольствуемся лишь дремотным состоянием, стараясь углублять последнее в случаях, если содержание словесного внушения травмирует больного оживлением следов пережитых или переживаемых им в данное время состояний.

Как уже отмечалось, значительная длительность патологического состояния отнюдь не может служить препятствием к быстрому и окончательному устранению его словесным внушением во внушенном сне, а

иногда и в бодрствующем состоянии. В качестве примера упомянем больную, страдавшую в течение 20 лет тяжелой эмоциогенной дисфункцией желудка, радикально излеченной в течение одной недели применением смешанного метода психотерапии (положительный катамнез 20 лет).

Таким образом, *подходя к каждому больному индивидуально*, в зависимости от характера невротического состояния, анамнестических данных, типовых особенностей высшей нервной деятельности и т. д., мы применяем тот или другой из описанных выше методов психотерапии. Нам кажется вполне правильным положение, что *тот же механизм, по которому невротическое состояние возникло (а затем и закрепилось), должен быть использован и при устранении его путем психотерапии*. Для этой цели больной должен быть приведен в то же состояние повышенной внушаемости. Это может быть состояние покоя (лежа с закрытыми глазами), дремоты или внушенного сна.

Такой путь терапевтических мероприятий имеет значение также для анализа имеющихся патофизиологических механизмов, ибо нередко приходится наблюдать, как ряд невротических симптомов, упорно не поддающихся воздействию в бодрствующем состоянии, легко устраняется в дремотном состоянии или в первом сеансе внушения во внушенном сне.

Наконец, в огромном большинстве случаев сеансы психотерапии мы завершаем более или менее длительным сеансом внушенного глубокого отдыха, создаваемого во внушенном сне. Это весьма способствует закреплению и упрочению достигнутого словесными внушениями терапевтического эффекта, содействует уравновешиванию корковых процессов, повышает корковый тонус, в силу чего является весьма важным и эффективным терапевтическим приемом.

Однако следует подчеркнуть, что в какой бы форме ни была применена психотерапия, для ее успеха необходимо положительное отношение больного к врачу и полное доверие к нему, авторитет врача в глазах больного, умелый подход врача к больному с учетом его индивидуальных особенностей, к пережитым им «трудным условиям», которые и привели его в данное невротическое состояние. Успех терапевтического воздействия, оказываемого словесным внушением, находится в прямой зависимости от такта врача, умения завоевать авторитет у больного, опытности врача и его знаний и, конечно, от его глубокого внимания к больному.

В своей психотерапевтической практике мы постоянно руководствуемся указаниями В. М. Бехтерева (1911), что «...как ни могущественна в известных случаях сила внушения и психотерапии вообще, принимая во внимание и влияние их на соматические функции организма, нет никакого основания, наряду с лечением внушением и другими видами, избегать лекарственного и физического лечения, показанного в той или иной болезни». «Мы полагаем,— говорит он в другом месте,— что современная медицина вообще не должна замыкаться в какой-либо один метод, а должна пользоваться всеми доступными для врача методами лечения, чтобы достигнуть соответствующего успеха».

Из приведенного нами клинического материала видно, что немалое число невротических заболеваний развивается по физиологическому механизму внушения и самовнушения. В этом мы также видим теоретическое обоснование целесообразности применения методов словесного внушения как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне.

Противникам же метода гипносуггестивной терапии следует знать, что, применяя этот метод, мы по существу не производим ничего необычного. *Мы воздействуем на больного определенным*

с о д е р ж а н и е м с л о в а и делаем это в нужном для больного направлении с целью устранить создавшиеся в коре его мозга патологические динамические структуры или структуры, потерявшие в данное время свое жизненное значение, и создать новые временные связи и динамические структуры.

Подчеркивая важное положительное значение патогенетически правильно построенного словесного внушения, мы считаем совершенно необоснованным то отрицательное отношение к нему, какое до сих пор еще существует среди врачей, так же как и игнорирование большого теоретического и практического значения метода психотерапии во внушенном сне. Как известно, придавая гипнотическому сну животного при патологическом состоянии его мозговой коры особое значение, И. П. Павлов отмечает, что «при экспериментальных заболеваниях нервной системы почти постоянно выступают отдельные явления гипноза, и это дает право принимать, что это — нормальный прием физиологической борьбы против болезнетворного агента»[1]. По словам М. К. Петровой (1949), гипнотическое состояние «было самым эффективным терапевтическим мероприятием из всех применяемых на большом количестве животных в течение многих лет».

Следует отметить, что И. П. Павлов, признавая за нервными клетками коры мозга высшую степень реактивности и, следовательно, истощаемости, считал, что эта истощаемость служит «главным толчком к появлению в клетке особенного процесса торможения, э к о н о м и ч е с к о г о п р о ц е с с а (разрядка наша.— *К. П.*), который не только ограничивает дальнейшее функциональное разрушение, но и способствует восстановлению истраченного раздражимого вещества»[2], ибо в условиях внушенного сна, действительно, имеет место процесс восстановления, т. е. сдвиг в сторону анаболизма.

Все эти соображения призваны окончательно устранить встречающиеся еще до настоящего времени и решительно ни на чем не основанные суждения о «патологичности» и о «вредности» гипнотического состояния для здоровья человека.

Применяемая врачом формула внушения действительно получает весьма важное и чрезвычайно ответственное значение, ибо именно в ней самой лежит ключ к успеху психотерапии. Существенно важно, что слово врача падает на кору мозга больного, находящуюся в состоянии пониженного тонуса, обусловленного как состоянием внушенного сна, так и самим невротическим заболеванием и связанной с ним отрицательной астенизирующей эмоцией. В силу этого во внушенном сне слова внушающего врачебного воздействия могут зафиксироваться надолго, прочно входя в корковые динамические структуры. Поэтому та или иная возможность их ятрогенизирующего воздействия должна быть предусмотрена врачом и полностью устранена. Вот почему слова терапевтического словесного внушения должны подбираться весьма тщательно и должны быть достаточно хорошо продуманы и взвешены и даваться в форме, не допускающей какого-либо двойного толкования. В этом существо дела, ибо все искусство врача состоит в п а т о г е н е т и ч е с к и п р а в и л ь н о м п р и м е н е н и и с л о в а. Миссия врача при этом приобретает особенно ярко выраженный творческий характер, а вместе с тем и оказывается чрезвычайно ответственной. Формула внушения словом должна быть не только вполне четкой, но и направленной прямо в цель. Она дол-

---

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 460.
[2] Т а м ж е, стр. 285.

жна произвести в корковой динамике больного необходимые стойкие и глубокие перестройки.

Необходимо подчеркнуть, что общепринятое выражение «лечить гипнозом» в данном случае является не вполне точным, так как само состояние внушенного сна «лечит» лишь в той мере, в какой оно является удлиненным восстановительным сонным торможением. Что же касается прямого терапевтического эффекта в виде «забвения» травмировавших психику событий и пр., то это достигается, конечно, только самим содержанием лечебных внушений.

Следует добавить, что при пробуждении больного после сеанса внушенного сна врач должен убедиться в том, что больной совершенно освободился от сонного торможения. В случае неполного пробуждения, *т. е. неполного растормаживания коры головного мозга*, могут иметь место явления длительно сохраняющейся сонливости. Во избежание этого больного следует снова погрузить в легкую дремоту, из которой вновь пробудить словами: «Теперь вы вполне проснулись и пришли в обычное бодрое состояние!».

Как отмечает В. М. Бехтерев (1911), такое повторное внушение «устраняет все нежелательные явления, явившиеся последствием гипноза». «Отсюда должно быть ясно,— подчеркивает он,— что гипнотизировать может и имеет право только врач, причем ни в коем случае недопустимы сеансы гипноза и внушения лицами несведущими, а тем более не врачами».

Итак, мы приходим к заключению, что вредным может быть не само гипнотическое состояние, чего раньше многие опасались, а именно травмирующие психику слова врача или же неумело сделанное внушение.

Мы считаем лишенными основания опасения, что вследствие частых сеансов словесных внушений во внушенном сне у больного может ослабеть волевая способность или же разовьется повышенная внушаемость. В силу большой функциональной мозаичности мозговой коры врач может воздействовать словесным внушением лишь на определенные корковые динамические структуры, не затрагивая огромного количества других структур. Этим исключается опасность общего повышения внушаемости или же какого-либо ослабления волевых качеств больного. Некоторое повышение внушаемости может и должно иметь место лишь в отношении к усыпляющему лицу.

Заметим, что явления повышенной внушаемости могут развиваться и в бодрствующем состоянии, что наблюдается, например, во всех случаях тесного общения между людьми, когда эта повышенная внушаемость определяется возникшим и укрепляющимся доверием к человеку.

Снижение же волевых качеств может произойти лишь в случае применения *какого-либо специального словесного внушения*, направленного именно в эту сторону, что, конечно, противоречит основным моральным установкам советского врача. Поэтому такого рода опасность совершенно отпадает. Если врачу оказано огромное доверие тем, что в его руки дан весьма значительный ассортимент различного рода физических и химических средств, которые при неправильном обращении с ними могут оказаться ядовитыми, отравляющими или же чрезмерно сильно действующими, то нет никаких оснований отказывать ему в праве, с той же степенью ответственности, приводить больного в состояние внушенного сна и делать ему в этом состоянии соответствующие физиологически обоснованные словесные внушения.

Следует отметить также известное в литературе положение, свидетельствующее о том, что внушения, противоречащие прямым личным интересам усыпленного или его моральным установкам, как правило,

остаются не реализующимися. В этом нам приходилось многократно убеждаться во время исследований людей, имеющих сомнамбулическую фазу в гипнозе. Несмотря на их, казалось бы, чрезвычайно повышенную внушаемость, далеко не все внушаемое ими реализуется.

Тем не менее необходимо отметить, что уже в бодрствующем состоянии больного неосмотрительно сказанные врачом слова могут вести к возникновению ятрогенного заболевания. Вред может оказаться во много раз более значительным, если больной находится в состоянии внушенного сна, а слова произносится врачом в форме императивного внушения. *Необходимо учитывать, что ятрогенизировать может не только* с о д е р ж а н и е слов врача, но и и н т о н а ц и я, которая ничего не значащему слову может придать определенный смысл.

Принимая все это во внимание, мы подчеркиваем необходимость соблюдать требования «асептики» внушаемого слова. Врач может и должен применять словесное внушение во внушенном сне и делать это с той же уверенностью и спокойствием, с которыми хирург владеет ножом.

Итак, состояние внушенного сна как такового, а также патогенетически правильное терапевтическое внушение словом является безвредным. *Поэтому имеется полная возможность использования гипно*суггестивного метода для лечебных, диагностических или научно-исследовательских целей, связанных, например, с изучением ряда физиологических процессов и состояний, наблюдающихся в организме человека (К. И. Платонов, 1930в).

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ

До сих пор нами намеренно приводились главным образом примеры у с п е ш н о г о *применения психотерапии. Это было сделано с целью* показать, что именно она может дать, как и когда следует ее применять, чтобы добиться успеха. Однако бывают случаи, когда те или иные методы психотерапии остаются безрезультатными или же недостаточно эффективными.

Какие могут быть причины неудачного применения психотерапии?

Причина неудачи может лежать во многом. Отсутствие эффективности может быть прежде всего обусловлено ошибкой в диагностике заболевания или недостаточно продуманной врачом и поверхностно проведенной психотерапии (например, без вскрытия психогенеза или же при ошибочно понятом психогенетическом значении того или иного фактора и т. д.). Ошибка может лежать в неумелом, нечутком подходе врача к больному или в том, что врачу не удалось установить необходимого контакта с больным и обеспечить полного доверия к себе со стороны больного. Это может быть обусловлено наличием какого-либо не учитываемого врачом обстоятельства в жизни больного, например, неблагоприятной ситуации, сложившейся в семье или же создавшейся в обстановке его трудовой деятельности. Затем причина может лежать в патологической инертности его корковых процессов. В этом отношении весьма показательно отсутствие стойкого успеха психотерапии у лиц, принадлежащих к крайне *слабому типу нервной системы и требующих применения,* наряду с психотерапией, укрепляющей физио-фармакотерапии. Большим препятствием успеху психотерапии может быть негипнабильность больного. Наконец, причина может лежать в скрытой заинтересованности больного продолжать болеть (например, при нежелании больного избавиться от алкоголизма) или же казаться больным.

Неблагоприятным фактором может оказаться упорное применение врачом какого-либо одного метода психотерапии (например, гипносуг-

гестивного метода) и игнорирование им других методов, например, разъяснительной терапии в бодрствующем состоянии, косвенной психотерапии, наконец, тренировочных приемов (упражнения в самостоятельном хождении по улицам больного, страдающего агорафобией) и т. п.

Конечно, мы допускаем возможность отсутствия у начинающего врача достаточного опыта в проведении гипносуггестивной терапии. Но этот опыт не столь сложен — требуется лишь овладение методикой словесного усыпления и проведения лечебных внушений. Для всего этого необходима достаточная чуткость и вдумчивость, а также знание приемов усыпления и внушения. Все это должно достаточно хорошо практически усваиваться молодым врачом еще в медицинском институте.

Чтобы показать, как тонко в отдельных случаях врач должен подходить к пониманию причин, лежащих в основе невротического заболевания, приведем следующее наблюдение.

Больная Ф., 36 лет, домашняя хозяйка, обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института летом 1947 г. с жалобами на «боли в голове и сердце», на «выпирание глаз», бессонницу и общее апатико-абулическое состояние, на фоне которого по временам появляются приступы затемненного сознания с неправильным поведением.

Путем нескольких продолжительных анамнестических бесед установлено следующее. Вышла замуж по настоянию родных, мужа никогда не любила, им недовольна, придирчива к нему, в то же время верная жена, любящая мать, хорошая хозяйка. Много лет назад перенесла сильное маточное кровотечение, ангину. Настоящее болезненное состояние появилось год назад и продолжало прогрессировать. Весной 1947 г. возникло резкое ухудшение состояния: стала тревожной, бездеятельной, дом запустила, постоянно ныла, что она «всем в тягость», часто плакала, надоедала и домашним, и врачам своими бесконечными жалобами на различные соматические ощущения.

Приступы затемненного сознания выражались в том, что, проявляя беспокойство, она кого-то искала, звала дочь, которой уже не было. Из-за резко усилившихся головных болей помещена в клинику нервных болезней, где был поставлен диагноз: «диэнцефальный постинфекционный синдром». В клинике состояние ухудшилось, вместе с тем проявилась крайняя самовнушаемость больной. Так, зная диагнозы болезней своих соседок по палате и наблюдая их болезненные симптомы, она тотчас же все их находила у себя, приписывая себе все эти болезни. После $1^1/_2$-месячного лечения была выписана без улучшения. Стала еще более рассеянной, мужа не отпускала от себя ни на шаг. Надеясь, что ей поможет лечение внушением, обратилась к одному психотерапевту, который провел пять сеансов гипносуггестивной терапии. Во время этих сеансов больная спала, однако облегчения не получила. После всего этого она обратилась в диспансер.

Врач диспансера, учитывая безрезультатность лечения в предыдущих лечебных учреждениях, поступил иначе. Он создал для больной условия, в которых она могла долго высказываться о своей болезни, об условиях своей семейной жизни, своих вкусах, интересах и пр. Врач терпеливо выслушивал больную. Во время этих бесед он заметил, что хотя больная говорила о себе много, она не была откровенна, скрывая интимные стороны своей жизни, о которых врач мог лишь догадываться.

Наконец, когда врач разобрался в состоянии больной и семейная жизнь ее стала ему понятна, он осторожно, как бы невзначай, рассказал больной о семейных взаимоотношениях и переживаниях героини одного известного английского буржуазного романа, нарисовав картину уродливой семейной обстановки, созданной этой героиней. В заключение

врач как читатель сделал моральный вывод, порицающий поведение героини и вызывающий сочувствие к ее мужу. Беседа была проведена с целью показать, что в семье больной аналогичное положение: муж ее, инженер, много работал, поздно приходил домой, недосыпал, по выходным дням ездил в отдаленные районы за продуктами, тратя силы и свой отдых на заботу о семье. Больная же, будучи физически в хорошем состоянии, считала, однако, что работать не может, всю домашнюю работу *должен был за нее выполнять ее муж*, доведенный *состоянием* больной до отчаяния.

Больная чрезвычайно внимательно слушала врача и не прерывала беседы, однако с тех пор больше в диспансер не являлась. Оказалось, что после этой беседы больная совершенно преобразилась: стала живой, деятельной, у нее исчезли недомогания, тревога и страхи, она стала уравновешена, трудолюбива. На вопрос, что именно изменило ее, ответила: «Одно слово врача спасло меня и я стала здоровой». Как было в дальнейшем выяснено, этим словом было слово «кукла»: больная поняла, что врач провел прямую аналогию между ней и паразитировавшей в своей семье героиней романа, сравнивая последнюю с куклой. По словам больной, ей «было обидным такое сравнение»: оно заставило ее почувствовать, что и она в своей семье играла такую же жалкую роль (наблюдение М. И. Кашпур).

Таким образом, мы видим, что, наряду с другими врачебными воздействиями (разъяснения и убеждения), проведенная врачом аналогия содействовала перестройке психики больной и помогла ей найти свое *место в жизни*.

Необходимо отметить, что сеансы словесных внушений, проведенные первым психотерапевтом в порядке гипносуггестивной терапии, не дали терапевтического эффекта, повидимому, потому, что они проводились чисто механически, без «лишних разговоров», причем больной внушалось «успокоение», «забвение пережитого», «бодрость духа», «необходимость изменения отношения к мужу» и пр. Врач делал это сухо и без детального выяснения анамнестических данных.

Итак, мы видим, что в определенных случаях при умелом и чутком подходе врача к личным переживаниям больного можно устранить имеющиеся нарушения, помочь больному создать нормальные семейные или общественные отношения.

ГЛАВА XVI

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОГО ВНУШЕНИЯ

... внушаемость есть явление, свойственное всем и каждому. Оно глубоко коренится в природе человека и основано на непосредственном влиянии слова и других психических импульсов на ход ассоциации, на действия и поступки и на различные отправления организма.

В. М. Бехтерев

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ФОРМУЛ ВНУШЕНИЯ И УБЕЖДЕНИЯ

Необходимо учесть, что слова внушения при благоприятных условиях могут оказывать огромное влияние на все процессы, протекающие в коре головного мозга. Эти слова представляют формулу внушения.

Что касается формулы убеждения, то она строится на системе логических доводов и последовательно развертываемых доказательств, например, «обучение родам» в системе психопрофилактики родовых болей, противоалкогольные беседы и т. д. Врач разъясняет больному действительное положение вещей, неосновательность сделанных больным выводов в отношении тревожащих его фактов или травмировавших его событий и т. п. Таким образом, под влиянием слов врача в коре мозга больного должна создаваться новая система отношений, ограничивающая значение возникших в ней патологических динамических структур, и должны образоваться новые жизненные установки, правильно ориентирующие больного в данной области.

В других случаях терапевтическое внушение должно иметь форму императивного сообщения о том, что именно с внушаемым уже произошло. Например: «Пережитое вами событие уже отошло в далекое прошлое и больше вас не волнует, вы относитесь к нему вполне спокойно, ваша жизнь идет теперь вполне нормально, самочувствие хорошее, ночной сон крепкий и спокойный». Или: «Все ваши прошлые тяжелые переживания вами уже забыты, а при случайном воспоминании о них вы относитесь к ним уже спокойно». Или при лечении алкоголика: «Влечения к употреблению спиртных напитков у вас уже нет, наоборот, вы испытываете совершенно непреодолимое отвращение к ним» и т. п.

Вместе с тем формула внушения должна быть выражена в немногих простых и понятных словах, по своему характеру отвечающих индивидуальным особенностям больного, уровню его интеллектуального развития, форме его заболевания и пр. Она не должна содержать ничего лишнего.

В более сложных случаях формула внушения может быть расширена, причем текст внушения должен быть предварительно продуман и отредактирован. Для этого он может быть даже заранее заготовлен в письменном виде. Производя внушение, врач должен произносить слова авторитетно и твердо, уверенно и спокойно, повторяя формулу внушения несколько раз (через некоторые промежутки времени) с тем, чтобы создаваемые ею условнорефлекторные связи достаточно упрочились. Следует особенно подчеркнуть, что каждое слово, предназначенное для внушающего воздействия во внушенном сне, является для коры мозга больного точно отдиференцированным раздражителем, смысловое значение которого только в том случае будет иметь необходимую терапевтическую силу *и значимость, если оно будет понятным для больного.*

Следует отметить, что успех словесного внушения в известной мере определяется не только содержанием самой формулы внушения, но также выразительностью речи — силой звука, интонацией голоса, теми или иными ударениями, отвечающими смысловой значимости произносимых слов, и пр. Кроме того, при внушениях в гипнотическом сне речь должна быть негромкой.

Содержание формулы терапевтического внушения, ее структура, ее прямая и четкая патогенетическая направленность имеют огромное значение, так как нередко полное устранение имеющегося патологического синдрома требует ряда повторных (5—10—20) сеансов внушения.

Следует отметить, что в словах внушения не должны получать отражения взгляды самого врача, тем более если они не отвечают социальным установкам или точке зрения больного либо же затрагивают его самолюбие, его отношения с близкими и т. д. Естественно, что такое незаконное вмешательство в личную жизнь больного может повредить успеху внушения, *так как неизбежно встретит со стороны больного прямое* противодействие.

Вместе с тем формула внушения всегда должна быть вполне четкой и определенной. Нельзя внушаемое относить к какому-то неопределенному будущему, например, говорить: «Ваша нервная система окрепнет (?), припадки прекратятся (?), вы будете (?) чувствовать себя здоровым» и т. п. В такой неопределенно построенной формуле внушения речь идет о каком-то неизвестном будущем, когда все это должно будет произойти.

Как уже было отмечено, в некоторых случаях внушение во внушенном сне может иметь характер либо мотивированного разъяснения или убеждения, либо авторитетного наставления или совета (мотивированное внушение, по В. М. Бехтереву и Г. Левенфельду).

Формула внушения может предусматривать немедленную или *отсроченную реализацию его. В последнем случае должен быть предусмотрен* точный срок или определенные условия реализации внушения.

Нет сомнения в том, что эмоциональное состояние больного, имеющее место во время лечебного внушения, должно быть в центре внимания врача. В примененной им формуле внушения это должно быть отражено в полной мере. Вместе с тем и слова внушения также должны быть эмоционально окрашены.

Если образование динамической структуры было связано с чрезмерно сильной отрицательной эмоцией, то, как мы уже говорили, создаются условия для возникновения больного пункта с более или менее сложными невротическими синдромами.

Когда производится внушение: «Пережитое вами событие уже отошло в прошлое, оно вас больше уже не волнует», повторяемое несколько раз, то вызывается торможение имеющегося очага концентрированного раздражения, а это в свою очередь приводит к ослаблению окружающей его зоны

отрицательной индукции, а в силу этого — и к устранению самого «больного пункта». Слова «пережитое отошло в прошлое» — это тормозной условный рефлекс (условный тормоз), прямым образом направленный на устранение того патологического состояния, каким является «больной пункт».

Таким образом, построение формулы терапевтического внушения есть результат детального изучения врачом условий развития невроза. Поэтому к сеансу терапевтического внушения врач-психотерапевт должен в известной мере готовиться так, как, скажем, хирург готовится к хирургической операции, — заранее обдумывая свою тактику и предусматривая возможные обстоятельства и осложнения, в силу которых внушаемое слово может оказаться действующим иначе, чем это мыслит врач.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСВЕННОГО ВНУШЕНИЯ

В практике психотерапии в случае неэффективности прямого словесного внушения исключительно важное значение иногда имеет *косвенное* внушение. При нем формула внушения подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых внушаемое «должно будет реализоваться». Эти условия могут быть либо простыми, либо более или менее сложными.

Так, если врачебная задача ограничивается, скажем, получением эффекта обезболивания (например, при родах), методика косвенного внушения весьма проста. Она сводится в бодрствующем состоянии больного примерно к следующему внушению: «Вам сейчас будет сделан укол (или сделана лекарственная микроклизма и пр.), после чего боли тотчас же прекратятся, вы заснете и будете спокойно спать в течение 2 часов». Обычно для выполнения этого назначения врача применяется то или иное вещество (физиологический раствор, таблетка стрептоцида или витамина и т. п.), что тем не менее при соответствующих условиях может весьма быстро привести к реализации внушаемого эффекта.

В более сложном случае, когда, например, ставится задача лечить таким путем невротическое заболевание, врач поступает следующим образом. Проанализировав заболевание, он назначает больному ту или иную индиферентную микстуру (или индиферентные по отношению к данному заболеванию физиотерапевтические процедуры). Это назначение врач сопровождает следующими словами внушения, производимого в бодрствующем состоянии больного: «Вам выписана микстура (или назначены процедуры), которую надо принимать... раза в день, в течение... дней подряд. *С каждым приемом* микстуры (или назначением процедуры) заболевание будет заметно ослабевать, ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и ночной сон станут очень хорошими. Когда это *назначение выполните полностью*, вы будете совсем здоровы: эта микстура (или процедура) вас вылечит». Такое внушение должно ежедневно подкрепляться самим врачом в той же форме, скажем, при утренних врачебных обходах.

Таким образом, и в том, и в другом случае имеется определенное назначение врача, действие которого конкретизировано, направлено и подкреплено словесным внушением. Следует подчеркнуть, что если внушениям не будет придана такая конкретная форма врачебного назначения, то вероятность их реализации, конечно, будет невелика. При указанной же методике эффект проявится в той или иной мере уже после первых приемов микстуры (или процедуры), и в последующем будет возрастать, достигая, наконец, наибольшей величины к тому времени, когда *все* назначения врача будут выполнены.

Как мы видим, при данном методическом приеме положительный результат терапевтического воздействия достигается именно путем внушения, подкрепленного первосигнально конкретным врачебным назначением.

Какие физиологические механизмы участвуют в его реализации?

Повидимому, решающее значение имеет в этом случае одновременное, согласованное и направленное воздействие на корковую регуляторную *функцию больного двух факторов — словесных внушений врача и самого* процесса выполнения его назначения, составляющих единый комплекс врачебного воздействия. Оно имеет своей целью не только мобилизовать регуляторную функцию коры мозга больного, направив ее в нужную сторону, но и подкрепить ее соответствующими первосигнальными условнорефлекторными связями.

Далее, так как при сложном внушении выполнение врачебных назначений растягивается на несколько (5—6) дней, то результат его становится ощутимым для самого больного, что еще более усиливает степень внушающего воздействия всего комплекса. Заметим также, что реализация внушаемых изменений, какие должны произойти в состоянии организма больного, требует времени не только для их осуществления, но и для упрочения.

Метод косвенного терапевтического внушения содержит скрытый от больного условнорефлекторный фактор, прямым образом воздействующий на его корковую регуляторную деятельность. Этот метод в лечебной медицине имеет весьма большое значение. Наблюдения, подчеркивающие значительную эффективность психотерапии, осуществляемой путем косвенного внушения, весьма многочисленны. Этот метод может быть использован в практике всех лечебных учреждений, как клинических, так и поликлинических. Он применялся Ю. В. Каннабихом, В. Ф. Зелениным и др. (1935) для лечения внутренних болезней, А. Л. Мясниковым (1954) при гипертонической болезни, С. М. Бергом при малых хирургических операциях, Н. Г. Безюком (1941) и А. И. Картамышевым (1942) при лечении некоторых дерматозов, нами (1930, 1940, 1941) при обезболивании родов, при токсикозах беременности и пр.

Приводим несколько примеров.

1. Роженица К., 33 лет, первородящая. Сильно реагирует на болезненные схватки, крайне возбуждена и взволнована. После соответствующих убеждений о необходимости инъекции болеутоляющего вещества подкожно введен в область ягодицы 1 мл индиферентного средства. После этого роженица быстро успокоилась, с удовлетворением отметив полное прекращение болей, испытывая, по ее словам, лишь ощущение «тупости в пояснице». Осмотр зеркалами показал раскрытие шейки матки на $1\frac{1}{2}$ пальца. Схватки продолжались, в связи с чем те же инъекции были повторены. Жалоб на боли не было, и до конца родов роженица вела себя спокойно. В своем отзыве она написала: «После применения обезболивающего средства в течение всего остального периода родов я болей совершенно не чувствовала, за исключением чувства давления в поясничной области». Операция кюретажа матки и наложение швов на ее шейку также прошли безболезненно (наблюдение К. П. Проняевой).

2. Роженица С., 25 лет, первородящая. Жалобы на сильные боли. Во время успокоительной беседы была дана сода, причем было внушено: «Это — снотворное, вы сейчас заснете и болей чувствовать не будете». Через несколько минут роженица заснула и спокойно проспала 1 час 15 минут. После пробуждения жаловалась на «терпимые боли». Вновь дан тот же порошок с тем же утверждением, и вновь возник сон, длившийся в течение часа. После пробуждения жалоб на боли уже не было. Судя по

поведению и спокойному состоянию роженицы, болей действительно не было. Схватки учащались, однако роженица сохраняла полное спокойствие. В начале периода потуг для поддержки полученного эффекта поставлена водяная микроклизма как «предупреждающая боли». Болевые ощущения отсутствовали до конца периода изгнания, причем прорезывание головки прошло также безболезненно (наблюдение И. Т. Цветкова).

По методу косвенного внушения И. Т. Цветковым и К. И. Проняевой было проведено обезболивание у 197 рожениц со следующей эффективностью (по пятибальной системе): оценка 5 была поставлена 28,4%; 4—29,4%; 3—24,4%; 0—18,8%. Эти цифры должны привлечь к себе серьезное внимание.

Итак, мы видим, что косвенное терапевтическое внушение всегда связано с конкретным предметом, создается через вторую сигнальную систему, но реализуется при посредстве раздражителя, воздействующего на первую сигнальную систему. Кроме того, его всегда нужно делать в безусловной, императивной форме.

Следует отметить, что при применении всякого медикаментозного или физиотерапевтического средства роль внушения не может быть исключена, что нужно учитывать при оценке эффективности действия того или иного терапевтического средства. Однако не всегда возможно определить, какая именно доля успеха падает на чисто медикаментозное или *физиотерапевтическое воздействие. Во всяком случае мы считаем, что все* лечебные мероприятия необходимо сопровождать соответствующим, патогенетически направленным словесным подкреплением.

Такое терапевтическое внушение, сопровождающее и подкрепляющее назначение врача, может осуществляться следующим образом. Выяснив условия и особенности данного заболевания, врач назначает больному необходимое лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое), сопровождая это назначение примерно следующими словами внушения, производимого в бодрствующем состоянии больного: «Вам назначено лечение, которое вы будете получать в течение ... дней подряд. Каждый прием назначенной вам микстуры и процедуры будет оказывать на вас сильное благотворное действие. С каждым таким приемом ваше заболевание будет заметно ослабевать, а ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и ночной сон станут очень хорошими. Когда вы это назначение выполните полностью, вы будете совсем здоровы: назначенное мною лечение вас вылечит». Такое внушение, в той же форме, должно подкрепляться лечащим врачом ежедневно, при каждом его утреннем обходе.

В данном случае действие лечебных назначений будет усилено и подкреплено словесными внушениями. Часто такой методический прием приводит к значительному повышению эффективности воздействия медикаментозного средства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОВНУШЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Отмечая необходимость разработки вопроса об использовании самовнушения, В. М. Бехтерев (1911) говорил: «... без сомнения, существенно важно пользоваться самовнушением и в терапевтических целях, для осуществления чего должны быть выработаны особые приемы». По его наблюдениям, время, наиболее подходящее для осуществления самовнушения,— это период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением, когда клетки коры мозга находятся в фазовом состоянии.

В. М. Бехтерев считает, что для каждого отдельного больного должна быть выработана своя определенная формула самовнушения, которая

«должна соответствовать данному случаю и должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени». Допустим, говорит Бехтерев, что человек, привыкший к вину, хотел бы путем самовнушения лечиться от своего недуга. Он должен произносить самовнушение в следующем виде: «Я дал себе зарок не только не пить, но и не думать о вине; теперь я совершенно освободился от пагубного соблазна и о нем вовсе не думаю». Такого рода слова самовнушения нужно произносить вполголоса «по многу раз, перед сном и утром, едва проснувшись, и притом с полным... сосредоточением». В. М. Бехтерев считает, что для многих больных такое самовнушение может стать действенным. При этом также нужно иметь в виду, что для реализации самовнушения необходимо определенное положительное эмоциональное состояние.

В. М. Бехтерев (1890) предложил еще другой прием самовнушения, применяемый во внушенном дремотном состоянии. Больной вполголоса точно повторяет формулу внушения, произнесенную врачом, но уже от собственного имени, например: «Воспоминания о нанесенной мне обиде меня уже не волнуют» или: «К спиртным напиткам я уже отношусь совершенно безразлично» и т. п. Такие внушения врач, а вслед за ним и больной повторяют 2—3 раза. Нет сомнения в том, что и этот методический прием, имеющий в своей основе физиологические механизмы условнорефлекторной связи, вырабатываемой и закрепляемой в сфере второй сигнальной деятельности, в частности, деятельности речедвигательного анализатора, имеет практическое значение.

При обучении больных приемам самовнушения бывает полезным продемонстрировать перед ними описанный в свое время И. Р. Тархановым идеомоторный феномен, как известно, хорошо иллюстрирующий положение о том, что «мысль о движении есть уже начало движения».

Этот чисто дидактический прием состоит в следующем: на шнуре длиной 30—35 см подвешивают небольшой груз — металлический шарик, чайную ложку и т. п., а его свободный конец врач зажимает между большим и указательным пальцем своей правой руки, которую он, сидя на стуле перед больными, сидящими вокруг него, поднимает до уровня своей головы и, слегка согнув в локтевом суставе, неподвижно держит в таком положении. Выждав некоторое время, пока качания подвешенного на шнуре груза не прекратятся совершенно, врач сообщает больным, что он сейчас начинает воображать, т. е. внушать себе, что груз начинает раскачиваться, как маятник, в определенном направлении, например, в направлении от него к сидящему против него больному. И все присутствующие тотчас же начинают замечать, что при неподвижности руки врача подвешенный на ней груз, постепенно раскачиваясь, действительно начинает совершать все большие и большие размахи в том именно направлении, какое было задано. Переменив направление задуманного движения, можно тем же путем заставить груз раскачиваться в другом направлении или же совершать не качательные, а круговые движения и притом по направлению движения часовой стрелки или же в противоположном направлении. И, наконец, тем же порядком, вообразив, что груз останавливается и стоит «как вкопанный», он может быть остановлен.

По этому поводу И. П. Павлов отмечает, что «раз вы думаете об определенном движении (т. е. имеете кинестезическое представление), вы его невольно, этого не замечая, производите» (разрядка наша.— *К. П.*)[1]. Таким образом, «при каждом думании о движении мы

---

[1] И. П. Павлов, *Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных*, Медгиз, 1951, стр. 446.

производим его фактически абортивно. Следовательно, иннервационный процесс может быть, хотя и не осуществляется в действительности»[1].

Такой «эксперимент» обычно производит на больных сильное впечатление, убеждая их в полной реальности явлений самовнушения и побуждая к работе над собой в этом направлении.

Приводим пример успешного применения больным самовнушения при лечении дерматоза (экзема кистей рук), развившегося на фоне неврастенического заболевания.

Больная И., 43 лет, врач, хорошо знакомая с методикой внушения, обратилась с жалобами на психогенную экзему, появившуюся у нее на кистях обеих рук, на продолжавшееся в течение нескольких лет общее неврастеническое состояние и значительное истощение, обусловленные зудящей экземой, что резко снизило ее работоспособность.

После безрезультатного обычного лечения больная обратилась к нам для психотерапии. Ей разъяснен условнорефлекторный механизм образования и развития ее экземы, после чего она, ознакомившись с монографией А. И. Картамышева (1942) и с демонстрированным ей идеомоторным феноменом Тарханова, стала решительно бороться со своим сильным желанием почесать кожу на месте зуда, что ей удавалось лишь с чрезвычайным трудом путем отвлечения внимания. Тем не менее это вело к ослаблению зуда. Однако стоило ей обратить внимание на свои руки, как чувство зуда тотчас же ею овладевало, и на ее глазах *без почесывания* появлялся пузырек с серозной жидкостью, вскоре становящейся гнойной. Вследствие этого у нее возникла навязчивость, напряженное ожидание образования этих пузырьков. Для активной борьбы с этой навязчивостью она стала усилием воли *заглушать в себе этот страх и эти ожидания*. Она внушала себе спокойствие и безразличие и равнодушно относилась к зуду. Через месяц упорной работы над собой она стала *не замечать зуда*, не бояться его, но не путем отвлечения внимания (что очень тяжело). Напротив, она стала *думать о зуде*, но думать о нем *спокойно, без волнения*.

Эта борьба продолжалась около двух недель, в результате чего представление, мысль или разговор об экземе, происходившие без всякого волнения, уже *не вызывали больше зуда и экземы*.

Через 6 лет у нее вновь после длительной (около 6 месяцев) психической травмы внезапно появился зуд на правом предплечье. Почесывание в этом месте привело к образованию слившихся пузырьков с серозной жидкостью. Путем самоубеждения, что это — рецидив той же экземы, применяя описанные выше приемы, она излечилась. Следует отметить, что новая психическая травма привела к развитию экземагозного поражения на новом месте, не вызвав рецидива на прежнем.

В данном случае самой больной удавалось путем самовнушения, связанного с огромным напряжением сил, создавать в коре мозга сильные очаги концентрированного возбуждения, отрицательно индуцировавшие области патологического раздражения; иначе говоря, оказывать направленное воздействие на свою собственную корковую деятельность, а через нее — и на кожную трофику.

Следует отметить, что в соответствующих случаях мы иногда применяем в качестве вспомогательного терапевтического приема внушение сновидений.

Так, больной, упорно боявшейся самостоятельно стоять и ходить (стазо-базофобия), во внушенном сне было внушено сновидение, в котором

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 360.

она «видит себя легко и свободно ходящей по магазинам». Это сновидение, реализовавшись, произвело на нее настолько сильное впечатление, что подняло у нее веру в выздоровление и повысило готовность настойчиво проводить задаваемые ей упражнения, заключающиеся в самостоятельном хождении по квартире, а затем и по улицам. После этого сновидения у нее наступило резкое улучшение, еще больше укрепилась уверенность в выздоровлении.

Отметим также возможность «оживлять в памяти» больного во внушенном сне содержание забытых им ночных сновидений, косвенно оказавшихся связанными с развитием тех или иных невротических симтомов. При анализе генеза невротического состояния это обстоятельство также полезно иметь в виду. Иллюстрируем это одним из наших наблюдений (1925).

1. Больная Б., 22 лет, обратившаяся к нам по поводу развившегося у нее невротического состояния, сообщила, что последнее возникло после того, как она однажды проснулась в состоянии безотчетной тревоги. С того дня у нее началось тревожное ожидание «чего-то ужасного» и постоянное беспокойство, а также повышенная раздражительность, учащенное сердцебиение, похолодание конечностей, диссомния.

Внезапное развитие невротического состояния после ночного сна заставило нас предположить возможность какого-либо сновидения, которое могло быть так или иначе связано с началом заболевания. Для этой цели во время внушенного сна, углубленного путем ряда повторных пробуждений и усыплений, с соотвествующими внушениями, мы заставили больную вспомнить забытое ею сновидение. И больная рассказала, что она «видела во сне картину нападения на ее квартиру бандитов». Не выводя ее из гипнотического сна, мы сделали разъяснительное внушение, а также внушение окончательного забвения ею этого сновидения, после чего она получила одночасовой внушенный сон-отдых. После пробуждения больная оказалась совершенно спокойной и бодрой, все явления прежнего невротического состояния исчезли. После этого она находилась под нашим наблюдением в течение нескольких месяцев. Хорошее состояние и самочувствие ее не покидали.

Иногда в ночных сновидениях отражается эффективность уже проведенной психотерапии.

2. Больной К., 32 лет, в 1921 г., будучи на фронте, перенес контузию головы с потерей сознания, после чего страдал припадками «командной истерии», а через полгода — эпилептоидными припадками (судороги, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание) до 1923 г. С начала заболевания отмечаются: резкая потливость, раздражительность, тикозные подергивания в мышцах лица, кошмарные сновидения, не переносит громких звуков и музыки. Однажды, посетив оперу, он слег после этого на две недели в постель. С 1921 г. возникло заикание. В 1931 г. обратился в железнодорожный психоневрологический диспансер по поводу обострения всех этих явлений, возникшего после перенесенной им глубокой психической травмы (внезапное заболевание жены и ее смерть).

На 3-м сеансе внушений, проводившихся во внушенном сне, было отмечено общее улучшение. Наряду с этим, произошел перелом в характере постоянных кошмарных сновидений. Это выразилось в том, что в сновидениях вместо обычного до этого дня б е г с т в а от нападающего на него противника больной стал видеть себя о б о р о н я ю щ и м с я от него, а после 5-го сеанса психотерапии в сновидениях впервые стал видеть себя н а п а д а ю щ и м на своего противника. Добавим, что в дальнейшем, после 7-го сеанса, он, по предложению лечащего врача, смотрел звуковую кинокартину, причем спокойно просидел до конца сеанса, в то время как до лечения не мог переносить стука метронома (при попытке

усыпления с его помощью). После 10-го сеанса лечение прекращено. Больной стал значительно спокойнее, поведение адэкватно, исчезла плаксивость, настроение бодрое, значительно ослабело заикание. Звуковые раздражения, даже сильные, переносит спокойно, хорошо спит, уменьшился гипергидроз, прибавил в весе. Через несколько месяцев прислал в диспансер письмо с благодарностью «за возвращение к жизни», считает себя здоровым (наблюдение М. И. Холоденко).

3. Больному, художнику по профессии, для устранения реактивного невротического состояния проведено три сеанса гипносуггестивной терапии с внушением успокоения и выздоровления. После первого сеанса он почувствовал значительное облегчение, а во время третьего сеанса видел сновидение следующего содержания: лечащий врач острым ножом уверенно вырезал имеющийся на его груди «нарост». Операция безболезненна и бескровна. После операции он почувствовал во сне легкость в груди, и у него появилось чувство радости и восторга, с которым больной сам проснулся. После этого сеанса у него полностью исчезли все неприятные ощущения и боли в груди, а также тревога, навязчивые мысли и представления, восстановились нормальный сон и работоспособность (наблюдение М. И. Капшур).

Таким образом, в данном случае у больного, принадлежащего, по-видимому, к художественному типу высшей нервной деятельности, пережитое им чувство облегчения отразилось в его первой сигнальной системе в виде символической картины сновидения (подробнее о больном см. стр. 358, пример 4).

Приведенные нами примеры достаточно убедительно говорят о том, что содержание сновидений в ряде случаев может косвенным образом свидетельствовать о степени успешности проведенной психотерапии.

ПРИЕМЫ УСЫПЛЕНИЯ И ПРОБУЖДЕНИЯ

В заключение остановимся на рассмотрении вопроса о методике усыпления больного путем внушения, а также пробуждения.

Перед началом первого усыпления больного необходимо предварительно провести с ним подготовительную беседу с целью разъяснить ему, в чем именно состоит существо этого врачебного приема, почему для него он является необходимым, как именно он может повлиять на восстановление деятельности его нервной системы и на устранение имеющихся нарушений.

В случае наличия у больного страха перед гипнозом надо этот страх устранить, разъяснив больному, что к этому нет никаких оснований, так как гипноз — это необходимый и полезный для него лечебный прием, при котором больной находится в состоянии неполного сна. Можно при этом пояснить, что гипнотизировать — это значит усыплять, как усыпляет мать своего ребенка, *и что научно установлено, что в состоянии внушенной* дремоты или внушенного сна мозг лучше воспринимает слова производимого врачом внушения, они лучше закрепляются в мозгу, в силу чего оказывают длительное воздействие.

Перед самым усыплением больного следует усадить в удобное кресло или же уложить на кушетку, предложив ему принять удобное, привычное для засыпания положение, причем больной может лежать на спине или же на боку, спиной к свету, лицом к врачу. В комнате должна быть приятная теплота, в противном случае больной должен быть хорошо укрыт. Комната должна быть изолирована от шума, свет в ней должен быть слегка

затемнен, по возможности в ней не должно быть ничего яркого и пестрого, что может отвлекать внимание больного, ибо ограничение внешних раздражителей весьма благоприятствует возникновению в коре мозга разлитого торможения.

Приступая к усыплению больного, необходимо иметь в виду, что для успеха психотерапии нет необходимости в том, чтобы он заснул глубоким сном. В ряде случаев достаточно лишь погрузить его в дремотное состояние, т. е. в самую начальную фазу расчленения коры его мозга на сонные и бодрствующие участки. Об этом следует больному сказать заранее, имея в виду возможность его недоумения и сомнения в успехе лечения, если сон у него не будет глубоким.

Вместе с тем следует предупредить больного о том, что во время усыпления он не должен быть напряжен, не должен «заставлять» себя заснуть, так как все это помешает усыплению. Он должен лишь спокойно и мирно приготовиться ко сну. Что касается самого врача, последний, приготовившись к усыплению больного, должен отдать этому все свое внимание, проявляя необходимую твердость и настойчивость и сохраняя в то же время полное спокойствие и уверенность в себе.

Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова усыпления, наряду с которыми он может пользоваться также вспомогательными физическими приемами усыпления. Последние могут выражаться, например, в виде слабых ритмических раздражений одного из анализаторов или же нескольких анализаторов сразу с целью развития в них тормозного процесса. Для этого могут быть применены редкие удары метронома (с частотой один удар в 1—2 секунды), тикание стенных или же карманных часов, однообразное поглаживание больного по руке, по голове или по лбу; иногда больному предлагают длительно смотреть на какую-нибудь блестящую точку и т. д.

Одновременно врач произносит примерно следующие слова усыпления: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем сна. По всему вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют руки и ноги, тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас начинает неодолимо клонить ко сну. Мой голос вы хорошо слышите, я сейчас буду м е д л е н н о считать до десяти, с каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз... два... три... (и т. д. до десяти). Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Эти слова следует произносить негромким голосом, монотонно, медленно, спокойно, но в то же время достаточно четко и уверенно. Отдельные фразы повторяют по нескольку раз.

Необходимо вселить в больного твердое убеждение в том, что внушаемое ему засыпание, действительно, п р и х о д и т к а к б ы с а м о с о б о й, причем он с каждой минутой поддается этому состоянию все более и более.

Дальнейшие слова усыпления могут быть таковы: «Ну, вот, вы сейчас находитесь в состоянии полного покоя, вам дышится спокойно, легко и хорошо. Вы совершенно отрешились от всех ваших забот, волнений и впечатлений дня, на окружающее вы не обращаете внимания. Мои слова продолжаете четко воспринимать. При этом ничто вас не волнует, никаких неприятных ощущений у вас нет, по телу разлилась приятная слабость, ваши руки и ноги отяжелели, отяжелели веки, вас все более и более охватывает дремота, нет желания ни двигаться, ни открыть глаза, ваши веки слиплись, вы все более погружаетесь в глубокий, спокойный сон, вы спите!»

Такие усыпляющие внушения время от времени следует повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том, что уже совершилось: «Вы уже перестали ощущать ваше тело, ваши веки уже плотно сомкнулись, очень приятное отдохновение уже разлилось по всему вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких волнений уже нет, мои слова еще более четко воспринимаете и все более поддаетесь их воздействию».

Если признаков наступления сна все еще не имеется, нужно, продолжая усыпление, все более настойчиво подчеркивать: «Вот вы уже не можете двинуть ни одной частью своего тела, вам хочется лежать совершенно спокойно. Чем дольше вы слышите мой голос, мои слова, тем сильнее слипаются ваши веки и тем глубже вы засыпаете».

При этом следует иметь в виду, что некоторые лица уже через 2—3 минуты после начала усыпления становятся сонливыми, а вскоре после этого уже глубоко спят, в то время как у других сонливость и сон развиваются значительно медленнее, лишь после 10—20 минут усыпления, а у третьих — в первый сеанс не удается добиться даже и легкой сонливости, она появляется лишь в последующих сеансах. Это обстоятельство, несомненно, сильно препятствует получению во всех случаях достаточно быстрого эффекта. Поэтому для ускорения развития сонливости и сна рекомендуется с первого же сеанса внушать больному, что «переходить в сонное состояние с каждым сеансом вы будете все быстрее и быстрее и засыпать будете все глубже и глубже!»

Путем таких методических приемов, способствующих образованию и упрочиванию у больного положительной условнорефлекторной установки на слово «спать», можно довольно скоро в последующих сеансах добиться того, что больной уже во время первых слов усыпления начинает проявлять признаки дремоты и засыпает. Кроме того, в отдельных случаях для усыпления больного иногда полезно внезапное императивное воздействие в виде громкого приказа: «Спать!». Как мы знаем, таким приемом вводится в действие физиологический механизм запредельного торможения, лежащий в основе «древнего гипноза» (гипноз животных), применявшегося Шарко, Данилевским и др.

Выше было сказано, что для продуктивного воздействия на больного слов внушения совсем нет необходимости стремиться к развитию именно глубокого сна. В большинстве случаев достаточно лишь самой легкой дремоты или же самого легкого общего оцепенения, чтобы внушаемое уже реализовалось в полной мере. Однако в некоторых случаях глубокий сон необходим, например, когда терапевтическое внушение касается травмировавшей психику причины, что может вызывать у больного нежелательную отрицательную эмоциональную реакцию.

Вместе с тем чрезмерная глубина возникшего сонного торможения тоже нежелательна, так как она может препятствовать успеху внушения, особенно если во внушенном сне обнаружится тенденция к переходу в состояние полного сна. Следует учитывать, что все эти особенности засыпания и сна индивидуально весьма различны, и что наиболее благоприятной для успешной реализации производимых внушений является такая глубина внушенного сна, при которой (при сохранении раппорта) имеется последующая амнезия содержания сделанных внушений. По-видимому, это и будет «сомнамбулическая фаза» сна, характеризующаяся возникшим под влиянием словесного усыпления глубоким расчленением коры мозга на сонные и бодрствующие отделы (Ф. П. Майоров).

Далее следует иметь в виду различные привходящие условия, способствующие засыпанию. Некоторые лица легче засыпают преимущественно при воздействии первосигнальных раздражений (удары метро-

нома, тиканье часов, поглаживание по руке или по голове) и не засыпают при слове «спать», в то время как другие, наоборот, легко поддаются словесному усыплению, но не могут заснуть при раздражающих их первосигнальных воздействиях. У третьих же усыпление достигается совместным воздействием второсигнальных и первосигнальных раздражителей. Как мы отмечали выше, эти особенности были выяснены И. В. Стрельчуком (1953). Важное значение могут иметь и установившиеся привычные условия развития сонливости и сна.

Так, одного больного нам удавалось усыплять лишь путем поглаживания по спине. Как оказалось, в раннем детстве его всегда усыпляли таким приемом. Другого больного после ряда безрезультатных попыток удалось усыпить, лишь дав ему в руки книгу для чтения, так как, по его словам, он привык засыпать, лежа в постели с книгой в руках. При этом достаточно было нескольких слов усыпления, чтобы книга выпала из его рук и он заснул.

В случае необходимости быстро усыпить лицо, трудно поддающееся усыплению, может быть рекомендован так называемый «фракционированный метод» Оскара Фогта. Для этой цели попытки усыпления делают многократно в течение одного сеанса. Кроме того, с целью усыпления можно использовать различные приемы скрытого (косвенного) внушения: давать усыпляемому вместо снотворных различные индиферентные средства (например, соду в облатке и т. п.).

Наконец, прочно вошло в повседневную практику применение вспомогательной дозы снотворного (например, 0,75—1,0 хлоралгидрата или 0,1 барбамила на прием минут за 10—15 до усыпления).

Заканчивая краткий очерк приемов усыпления, необходимо сказать, что в некоторых, исключительно редких случаях у истеричного больного при его усыплении может возникнуть реактивный истерический приступ в виде плача или же судорожных подергиваний. Подобная истерическая реакция может развиться также у тревожно-мнительного лица, опасающегося гипноза.

Так, один наш больной однажды был крайне взволнован, когда при усыплении внезапно почувствовал, что его конечности начинают цепенеть, ибо это оживило следы ощущений, пережитых им в прошлом при хлороформном наркозе.

Все такого рода состояния нетрудно прекратить настойчивыми успокоительными контрвнушениями: «Спокойно, приступ прошел, все хорошо, продолжайте совершенно спокойно засыпать!» Или же в случае необходимости начатый сеанс усыпления должен быть прерван, пока больной окончательно не успокоится. При этом при помощи соответствующих вопросов, задаваемых во время внушенного сна или же после пробуждения от него, иногда удается выяснить причину такого рода реакции.

Далее следует сказать, что усыпление больного иногда может быть чрезвычайно усложнено, если в условиях возникшего у него невротического заболевания оказалась нарушенной деятельность одного или нескольких его анализаторов, особенно если выключенным оказался слуховой анализатор. Подробно на этом вопросе мы остановимся ниже.

Что же касается пробуждения от внушенного сна, то обычно оно производится следующим словесным воздействием: «Теперь просыпайтесь! По пробуждении будете себя чувствовать хорошо отдохнувшим, самочувствие будет хорошее и бодрое. Я буду считать до трех, и по мере счета вы будете постепенно просыпаться, а при счете „три“ совсем проснетесь. Я начинаю считать: раз... два... три... откройте глаза, вы уже совсем проснулись!». Вообще же пробуждать от внушенного сна рекомендуется

не спеша, избегая слишком быстрого, внезапного перехода от сна к бодрствованию. В случае неполного пробуждения состояние продолжающейся сонливости легко устраняется соответствующими словесными воздействиями уже в бодрствующем состоянии.

Иногда же случается, что больной, вернувшись после сеанса домой, продолжает чувствовать некоторую сонливость, что может обеспокоить и его самого, и окружающих. Необходимо предупреждать больных об этой возможной сонливости, не представляющей ничего необычного. Более того, можно даже рекомендовать больному, чтобы он в случае потребности в этом по возвращении домой еще поспал некоторое время.

Изредка наблюдается з а т р у д н е н н о е п р о б у ж д е н и е после сеанса. Обычно это бывает у лиц, пробуждающихся и от естественного сна не сразу, с трудом. В этих случаях необходимо повторно, более энергично пробуждать больного, что отнюдь не должно смущать врача.

Некоторые считают, что *пробуждение от глубокого внушенного сна может наступить якобы лишь через несколько суток*. Но это не соответствует действительности. Во всяком случае мы и наши сотрудники этого не наблюдали.

ГЛАВА XVII

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач.

В. М. Бехтерев

ТАКТИКА ВРАЧА

Еще со времен глубокой древности, когда о научном врачевании не могло быть и речи, считалось, что врач должен проявить внимательность и чуткость к больному и уметь уберечь его от вредных влияний и от волнений.

Так, индийские браминские врачебные законы запрещали врачам говорить больному о возможности печального исхода болезни или о событиях, связанных с материальным ущербом для него, и требовали от врача «отказа от всяких проявлений гнева, ненависти, хитрости или жадности» и т. д.

Отечественные терапевты с давних времен придавали «психическому врачеванию» большое значение. Так, Г. А. Захарьин (1909) особенно подчеркивал, что «серьезно больные вообще, за редчайшим исключением, находятся уже в силу самого болезненного состояния в угнетенном настроении духа — мрачно, малонадежно смотрят на будущее». Поэтому для успеха лечения врач «должен ободрить больного, обнадежить выздоровление или, смотря по случаю, поправление здоровья». «Иногда такое обнадеживание сразу дает сон, которого давно не было,— говорит далее Г. А. Захарьин.— Да и одним ли этим исчерпывается влияние замены угнетенного настроения духа бодрым?.. Если припомнить факты, относящиеся к области того, что называется в н у ш е н и е м, то сделается понятным, что здесь предсказание совпадает с лечением». Открыть же больному все опасения, которые возникают у врача, «всегда ошибка со стороны последнего, а иногда прямо преступление».

«Всякий знает,— говорит В. М. Бехтерев (1898),— какое магическое оздоровляющее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно, в буквальном смысле слова, действует на больного суровый холодный приговор врача, не знающего или не желающего знать силы внушения».

Того же мнения держались и зарубежные психотерапевты (П. Дюбуа, 1912; И. Дежерин, 1912; А. Форель, 1928, и др.). «От первого обмена оружием между врачом и невропатом,— пишет И. Дежерин,— зависит весь исход сражения. Если из первых разговоров «... не рождается взаимная симпатия... то бесполезно итти дальше!».

Большое значение все авторы придавали эмоциональной сфере, т. е. той необходимой аффективной связи, без которой психотерапия не может иметь успеха. Однако не было выяснено, в чем же именно состоит сущность этих важных условий и почему состояние эмоциональной сферы больного имеет столь большое значение. И только лишь И. П. Павлову удалось строго научным, объективным методом получить ответ на вопрос, почему именно «аффективность» и «эмоции» больного играют столь существенную роль, обеспечивая успех психотерапевтического воздействия.

В связи с этим напомним ранние исследования Е. А. Попова (1927), показавшие, что выработка двигательного условного рефлекса на основе болевого электрокожного раздражения прямым образом связана с наличием у исследуемого эмоциональной (дыхательной) реакции: у страдающих паркинсонизмом, наряду с отсутствием дыхательной реакции, как правило, условные рефлексы или не вырабатывались совсем, или же возникали, но лишь с большим трудом, причем были крайне нестойкими. Эти и другие факты говорят о важной роли, какую играет состояние эмоциональной сферы исследуемых, иначе говоря, состояние ближайшей подкорковой области.

В. М. Гаккебуш (1927) также показал, что словесные внушения эмоциональных состояний у страдающих паркинсонизмом не осуществлялись, о чем он мог судить по отсутствию реактивной гипергликемии. Аналогичные данные были получены Гоффом и Вермером (1928).

В этом отношении показательны данные В. Н. Осиповой (Ленинградский институт мозга): у детей, находящихся в «условнорефлекторной кабине», с видом которой у них была связана отрицательная эмоция — чувство страха, получить стойкие условные рефлексы было невозможно. Когда же эта кабина была перестроена в виде красивого детского домика, условные рефлексы стали быстро вырабатываться, но уже на фоне положительной эмоции. В самое последнее время данные В. Н. Осиповой были подтверждены М. Л. Линецким.

У больной Б., страдавшей стазофобией (см. стр. 325), была сделана попытка выработать одновременно четыре условных рефлекса на различные световые раздражители. Однако эта попытка каждый раз заканчивалась полной неудачей, в то время как у здоровых лиц и у других больных эти рефлексы обычно вырабатывались уже после одного-двух сочетаний. Причиной неудачи был страх больной перед исследованием. Свой упорный страх больная объясняла тем, что она «боялась не справиться со сложным заданием исследования». С целью устранить страх больной во внушенном сне было сделано внушение: «Не бояться! Эта задача нетрудная!» После этого по пробуждении все условные рефлексы были получены чрезвычайно быстро.

Все изложенное свидетельствует о том, что успех психотерапии находится в прямой зависимости от эмоционального состояния больного, причем и поведение врача, и вся окружающая обстановка должны вызывать у больного соответствующую положительную реакцию.

Кроме того, весьма важную роль играет также эмоциональное состояние врача. В процессе общения с врачом у больного создается сложный комплекс условнорефлекторных связей, определяющих характер отношений его к врачу. В. М. Бехтерев говорит по этому поводу, что больной приходит к врачу «с эмоцией ожидания», его нервная система находится «в состоянии готовности», с готовой «тенденцией» (А. А. Ухтомский) реагировать на строго определенный раздражитель. Именно это обстоятельство и может способствовать легкому образованию новых устойчивых условнорефлекторных связей, создающихся у больного под влиянием авторитетных слов врача.

Следует отметить, что в свое время Г. Н. Сорохтиным (1925) было установлено, что при выработке условного рефлекса по речевой методике весьма важное значение имеет эмоциональная окраска словесного сигнала. Так, словесный сигнал, произносимый вяло, не дает условного рефлекса, в то время как «словесный приказ», произнесенный повышенным тоном, может быстро вызвать прочный условный рефлекс. Вспомним также наше наблюдение (см. стр. 18), когда слово «больно», сказанное повышенным тоном, вызывало и более сильную реакцию со стороны дыхания исследуемого, находящегося в состоянии внушенного сна. Точно так же, в зависимости от утомления исследователя и от различных отвлекающих внешних или внутренних факторов, которые могут влиять на тон его словесных приказов и пр., получается различная выраженность условнорефлекторных реакций исследуемого.

Нет сомнения в том, что врач играет роль того же исследователя и что положительный тонус врача поддерживает и усиливает готовность нервной системы больного к живой реакции на все то, что связано с врачом. При этом не следует упускать из виду то важное обстоятельство, что, как говорит М. В. Яновский (1923), «психотерапевтические влияния начинаются с того момента, когда больной является к врачу. Больной этим самым доказывает, что он верит врачу, готов подчиниться его советам, его влиянию и, таким образом, надеется на исцеление».

Необходимо также отметить, что влиять на больного словом, это значит создавать в коре его мозга новые динамические структуры, замыкая в ней новые цепи положительных и отрицательных временных связей. Положительное эмоциональное состояние, связанное с соответствующими эндокринно-вегетативными изменениями, обеспечивает быстрое образование и прочное фиксирование этих динамических структур. Положительные эмоции, влияя на тонус коры мозга, усиливают функции корковых клеточных элементов, т. е. возникают условия, облегчающие образование новых динамических структур.

Чем завоевывается доверие больного и обеспечивается необходимая «внутренняя связь» между врачом и больным?

Больной должен чувствовать внимание врача к своему болезненному состоянию, что необходимо для полной откровенности больного с врачом.

Поэтому углубленная анамнестическая беседа, наряду с обстоятельным соматическим исследованием, играет существенную роль не только в раскрытии психических и соматических этиологических факторов, но и в отношении доверия и расположения больного к врачу, а потому и успеха лечения. Поэтому чем больше при первой встрече врача с больным *(а когда нужно и при последующих встречах)* уделяется внимания анамнезу, отыскиванию причин заболевания, тем больше у врача шансов на приобретение доверия со стороны больного, а тем самым и на успех лечения.

Для иллюстрации приведем следующий пример.

В психоневрологический диспансер Украинского психоневрологического института в 1930 г. явился 23-летний молодой человек с жалобами на тяжелое угнетенное состояние, апатию, потерю интереса к жизни и работе, утрату веры в себя, в свои силы, в свою работоспособность, на появившуюся мнительность, ослабление памяти, раздражительность и страх сойти с ума. До заболевания был деятельным и общительным.

В анамнестической беседе выяснилось, что он заболел 2 года назад после происшедшего на работе тяжелого для него конфликта, выразившегося, по его словам, в несправедливом оскорблении, чрезвычайно сильно задевшем его самолюбие. Больной тяжело переносил «несправедливые выпады» против него и создавшуюся в связи с этим нездоровую

атмосферу. Постоянная тревога, нервозность и расстройство сна, по словам больного, «расшатывали нервную систему». Несмотря на то, что через 7 месяцев после начала конфликта все решилось в пользу больного, он продолжал находиться в тяжелом состоянии в течение последующих 2 лет. Обращался ко многим врачам, но от всех них получал стереотипный ответ: «Все органы у вас здоровы». Стал еще больше волноваться, теряя надежду на выздоровление и веру во врачей и в лекарства. «О моих переживаниях никто из врачей меня не спрашивал, а я сам не решался поделиться с ними»,— говорил больной, явившись в диспансер по собственной инициативе, решив прибегнуть к лечению внушением как «к последнему средству».

После трех анамнестических бесед была проведена разъяснительная и успокаивающая психотерапия в состоянии бодрствования и несколько сеансов внушенного сна-отдыха. Внушалось спокойное отношение к пережитому и вера в свои силы и в свою работоспособность. Больной ушел от нас с чувством большой удовлетворенности, а прощаясь, с горечью воскликнул: «Почему же никто из других врачей не заглянул в мою душу?!»

Полуторагодичное наблюдение показало, что он вновь проявил себя активным работником, как и прежде. Поступил на рабфак, продолжая работать на прежнем месте (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

В заключение приведем случай, описанный М. В. Яновским (1923), освещающий некоторые важные интимные стороны того «психического врачевания», каким была проникнута врачебная тактика корифея отечественной медицины С. П. Боткина.

Однажды на амбулаторный прием к С. П. Боткину пришел человек, заподозривший, что у него имеется какое-то легочное заболевание. До этого он обошел все терапевтические клиники, но всюду ему заявили, что никакого заболевания у него нет и что он «болен лишь своей мнительностью». Однако такие ответы его не удовлетворяли. Расспросив и выслушав больного очень внимательно, С. П. Боткин сказал: «Да, у вас действительно кое-что есть, но до такой степени мало, что легко просматривается. Во всяком случае, это прямое доказательство, что болезнь незначительная. Принимайте это лекарство и вы в несколько дней поправитесь». Когда больной ушел, С. П. Боткин, обращаясь к присутствующим студентам, сказал: «Действительно, он физически вполне здоров, но кое-что у него есть — мнительность, основанная на субъективных ощущениях. Если бы я отнесся к нему, как другие врачи, он продолжал бы страдать попрежнему, а теперь он ушел с сознанием, что, наконец, нашел врача, который понял его болезнь, а следовательно, может ее вылечить, какое лекарство не пропиши».

Необходимо, чтобы создаваемые врачом новые временные связи систематически подкреплялись другими идентичными раздражителями, действующими в том же направлении, с тем, чтобы созданные врачом новые, полезные для больного, корковые динамические структуры становились еще более прочными. Вот почему с основами психотерапии должен быть обстоятельно ознакомлен также средний медицинский персонал, которому должно быть известно, что успех лечения больного (любым методом) в значительной степени определяется умелым влиянием на его психику и что в распоряжении обслуживающего медицинского персонала всегда имеется лечебный и болеутоляющий фактор — с л о в о. Однако слово — это обоюдоострый меч, которым нужно правильно пользоваться. Говорить с больным нужно так, чтобы его не травмировать. Многое зависит даже от самой конструкции фразы. Так, далеко не безразлично, сказать ли больному: «Будьте вполне спокойны, с вашим здоровьем вы еще проживете много лет!» или же сказать ему: «Вы умрете

через тридцать лет!» Кроме того, нужно не только уметь следить за своими словами, но и уметь молчать. Недаром римляне называли медицину «искусством молчать» (ars muta): не все больному можно говорить. Со всем этим в известной мере должен быть знаком также и младший обслуживающий персонал больницы, так как иногда случайно брошенным необдуманным словом уборщицы или санитарки может быть нанесен непоправимый вред успеху как психотерапии, так и любого другого метода лечения.

Соответственно этому в каждом больничном отделении должна быть создана благоприятная атмосфера содружественной работы всего медицинского персонала. Весь персонал должен быть всецело предан интересам дела, так как в лечебном учреждении психотерапевтическое значение имеют не только слова медицинского персонала и его поведение в отношении больных, но и весь больничный режим, вся обстановка со всеми связанными с нею раздражителями. Это последнее обстоятельство необходимо иметь в виду при подборе медицинского персонала, который должен всемерно поддерживать все мероприятия врача и его авторитет в глазах больного.

Итак, мы видим, что не только авторитет врача и отношение его к больному, но и самое впечатление, производимое им на больного, уже в значительной мере определяют успех лечения, ибо облик врача имеет при этом весьма существенное значение. Так, например, И. П. Павлов дал следующую характеристику С. П. Боткину: «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер: лечило часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, повидимому, при подобных же случаях, оказывались недействительными у них, делая чудеса в руках учителя»[1].

Спокойствие, уравновешенность и терпеливое отношение к больному, искреннее и теплое стремление оказать ему помощь, тактичность и мягкость в обращении — вот те основные качества, которыми должен обладать каждый врач, стремящийся оказать помощь больному. Ничто так не сближает больного с врачом, как максимальное внимание врача к его переживаниям. Врач-психотерапевт должен проникнуть в психику своего больного (особенно невротика), должен не только понять, но и почувствовать его душевные страдания, так сказать «вчувствоваться» в них и сжиться с ними и притом так, чтобы больной это тоже почувствовал. К сожалению, далеко не всегда так бывает в действительности. Иные врачи на это обращают слишком мало внимания, а подчас даже и не всегда учитывают, что перед ними такой больной, который нуждается в неотложной и именно психотерапевтической помощи.

Необходимо при этом учитывать, что больному, страдающему неврозом, может быть впервые представилась возможность решиться быть вполне откровенным в своих интимных переживаниях, нередко скрываемых даже от самых близких ему людей. Нередко именно эта откровенность является для его душевного состояния тем целительным фактором, без которого оно долгие дни ему казалось безысходным.

Индивидуальный и чуткий подход врача к тяжело страдающему больному является наиболее ценным и действенным. Вся врачебная эрудиция может оказаться совершенно ненужной, бесцельной и даже никчемной, если не будет достигнуто глубокое и искреннее «вчувствование» врача в страдания больного.

---

[1] И. П. Павлов, Физиология пищеварения, изд. АМН СССР, 1952, стр. 419.

Следует отметить, что, по свидетельству А. Г. Иванова-Смоленского подход И. П. Павлова к больным «был всегда проникнут необыкновенной мягкостью, чуткостью и теплотой», причем сам И. П. Павлов в своем отношении к больным ни на одну минуту не забывал, что перед ним находится *живой*, часто жестоко страдающий человек».

Итак, именно от самого врача зависит в известной мере характер тех реакций, какие возникают в системе высшей нервной деятельности больного. Весь внешний облик врача, его манера держаться с больными, тон его беседы, его эмоциональное состояние, определяющее характер его поведения в отношении больного — все это комплексы раздражителей огромной силы и значимости, способные вызывать со стороны нервной системы больного весьма сильную, в частности, эмоциональную реакцию. По образному выражению М. В. Яновского (1923), устои, на которых в глазах больного «зиждется авторитет врача», составляют: его «уважение к своей профессии, любовь к своей науке, гуманное чувство к больному, спокойное и серьезное отношение к делу».

Еще индийские браминские врачебные законы древности, о которых мы выше упоминали, придавали большое значение личным качествам врача, который должен, ведя трезвый образ жизни, иметь «благородство и чистоту сердца». При этом не оставлялась без внимания даже и его внешность: он должен был «иметь приличную, благообразную наружность» он должен «быть хорошо одетым, платье его должно благоухать». Одно индийское изречение говорит: «Можно бояться матери, брата, друга, но врача — *никогда*».

Таким образом, еще в давние времена считалось, что самый облик врача может влиять на состояние больного, на течение его болезни и успешность лечения.

Нет сомнения в том, что и в наши дни успех всех видов терапии, *в том числе и психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, оказывается* в большой мере зависящим от а в т о р и т е т а в р а ч а и взаимоотношений, устанавливающихся между больным и врачом. Как известно, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, Ю. В. Каннабих, В. А. Гиляровский, а за рубежом — Дежерин, Форель, Дюбуа издавна указывали на то, что успех всякого лечения вообще, а в особенности психотерапевтического, зависит от доверия к врачу со стороны больного, от установившейся связи между больным и врачом, от «чувствования» больным желания врача помочь ему, от «симпатии» больного к врачу и т. п. Напомним, что еще в XVIII веке Данило Самойлович, говоря о чумных заболеваниях, отмечал, что «больным большую помощь в сопротивлении против смертельных припадков оказывает доверие к своему врачу». «Можно утверждать, что яд чумной заразы,— говорил он,— теряет свою силу пропорционально этой вере во врачебную помощь: надежда поднимает их силы, ослабевшие от малодушия, и внутренние симптомы с самого начала болезни перестают быть серьезными и многочисленными».

ЯТРОГЕНИЯ И ДИДАКТОГЕНИЯ

До сих пор мы говорили о пользе, которую врач может приносить больному своим авторитетным словом. Коснемся теперь противоположного влияния слова на состояние больного.

Каждый врач, какой бы специальности он ни был, является прежде *всего психотерапевтом. Каждая беседа врача с больным по поводу его* болезни в большинстве случаев содержит в себе элементы словесного внушения, производимого врачом в бодрствующем состоянии больного.

Более близкое знакомство врачей с приемами прямого и косвенного внушения предупреждало бы невольно причиняемый вред, когда врач неосторожным словом или излишними диагностическими терминами, соответствующими справками, удостоверениями, лабораторными анализами, выдаваемыми на руки больному, и пр. иногда невольно вызывает у больного ряд новых болезненных симптомов или поддерживает уже существующие, воздействуя тем самым отрицательно на психику больного.

Выше мы уже отмечали, что иногда простой интонацией голоса ничего не значащему слову может быть придан новый смысл, вследствие чего это слово врача может приобрести травмирующее психику значение. Больше того, нередко одна только мимика или даже жест могут оказаться более красноречивыми, чем сказанное слово. Поэтому врач должен уметь не только говорить с больным, но и молчать. Таким образом, пути ятрогенизирующего воздействия врача на больного весьма многообразны. Вот почему весь облик врача, как и все его поведение, должны быть проникнуты тем тактом и строгим отношением к самому себе и к окружающим, образцом которого были такие врачи, как С. П. Боткин и Н. И. Пирогов.

В особенности это должно относиться к молодому врачебному поколению, ибо, как говорит В. А. Гиляровский (1947), «у молодых врачей иногда наблюдается желание импонировать своей ученостью; часто они сообщают больному излишние подробности о его болезни, применяя специальные термины».

Все это и есть, по выражению Ю. В. Каннабиха (1928), отрицательная психотерапия. Особенно это нужно иметь в виду интернистам и гинекологам, к которым обращается большое количество больных с висцеральными неврозами, симптомы которых зачастую принимаются за органические. Следует помнить, что ни одним психотерапевтическим методом, если им владеет опытный врач любой специальности, нельзя принести больному вреда. И в то же время огромный вред совершенно невольно причиняет врач больному путем этой, часто неведомой ему самому отрицательной психотерапии.

В нашем отечестве этот вопрос широко освещен психиатрами В. М. Бехтеревым (1911), Ю. В. Каннабихом (1928), А. Ф. Гоциридзе (1929), В. М. Гаккебушем (1932), К. И. Платоновым (1933), С. М. Эдельштейном (1947), М. И. Холоденко и М. М. Хаймовичем (1934), Я. А. Тер-Овакимовым (1934), гинекологом В. Г. Диком (1927), урологом Н. Ф. Лежневым, терапевтами Р. А. Лурия (1928), М. В. Черноруцким (1946), *А. Л. Самойловичем (1950) и др.*

Из зарубежных авторов об ятрогении писали А. Форель (1911), Дежерин (1912), О. Бумке (1925); последний назвал этот род внушенных врачами страданий «ятрогенными» (от греческого iathros — врач).

Несмотря на то, что об ятрогенных неврозах навязчивости, сопровождающихся у некоторых больных тяжелой реактивной депрессивной окраской, пишется и говорится много и давно, ятрогения — «это уродливое и противоестественное, по словам М. В. Черноруцкого (1946), явление нашей врачебной жизни», еще встречается, и никому из врачей не приходится в такой мере сталкиваться с тяжестью страданий этого рода больных, как именно психотерапевтам.

Не можем не привести небольшую часть из собранных нами необдуманных выражений и реплик, иногда бросаемых врачами различных специальностей по адресу больных.

«У Вас просто кошмарное сердце! — говорит больному врач-терапевт, — будьте осторожны, а то сердце хватит паралич!»

«С таким больным сердцем долго не проживете!»— сказал врач одной 40-летней больной, прожившей после этого до 65 лет; однако вследствие этих слов врача у больной возник навязчивый невроз страха внезапной смерти, от которого ей пришлось долго лечиться.

«Вы погибшая женщина! Кто вам разрешил беременность!?— восклицает акушер во время приема женщины с 7-месячной беременностью,— новое сердце не вставлю, старое — никуда не годится!».

«Как мужчина — вы конченый человек, примиритесь с этим...»

«Как расширена аорта! Ведь это смерть на улице!»,— говорит один рентгенолог другому при рентгеноскопии сердца больного.

«Носите при себе паспорт и ваш адрес, а то вдруг вас хватит кровоизлияние в мозг на улице!» — говорит врач пожилой больной с гипертонией.

«У вас выпала часть мозга!»— говорит молодой врач больному, разъясняя ему последствия мозговых нарушений, вызванных инфекцией, и т. п.

Эти реплики взяты из жизни, со слов больных или их близких. Каждая из таких реплик вызывает у больного испуг и тяжелую затяжную невротическую реакцию, причем не только у лиц со слабым или ослабленным типом нервной системы, но иногда и у людей, принадлежащих к сильному типу нервной системы. О крайне тяжелых последствиях такого рода психических травм можно судить по следующим примерам.

1. Больной О., 36 лет, пришел к нам в сопровождении жены с жалобами на ряд фобий: боязнь ходить одному по улице (поэтому его всегда сопровождает жена), боязнь оставаться одному в квартире, сойти с ума, быть наедине с сыном, боязнь ножей. Болен в течение 6 лет, физиотерапия дала лишь небольшое временное облегчение.

П р и ч и н а: психическая травма, нанесенная рентгенологом (приведенным выше восклицанием о состоянии аорты). Ряд навязчивых мыслей развивается постепенно, на почве постоянной тревоги за состояние аорты. Из-за тревожного состояния недосыпает. Неврастенический синдром сопровождается неприятными ощущениями в голове, ослаблением внимания. Отсюда навязчивый страх за состояние рассудка. «А вдруг сойду с ума!» По ассоциации вспоминает, что однажды в юношеском возрасте он посетил психиатрическую больницу, где ему пришлось слышать, что «сошедшие с ума бьют своих близких и перерезают ножом себе жилы». По механизму самовнушения развивается боязнь оставаться наедине со своим единственным сыном и боязнь ножей. Этот навязчивый невроз был радикально устранен несколькими сеансами словесного внушения в гипноидном состоянии.

2. Больной М., 49 лет, поступил с жалобами на навязчивые мысли о заболевании раком и неизбежной скорой смерти. Тревожно-угнетенное состояние, расстройство сна, снижение работоспособности. Болен в течение 8 месяцев, после того как врач санатория высказал подозрение на злокачественность опухоли на его бедре. На заявление больного, что у него находили доброкачественную липому, получил следующее «врачебное» успокоение. «Будьте осторожны, доброкачественные опухоли переходят в злокачественные!» С этого времени у больного развивается резко выраженное депрессивное состояние. Комбинированная психотерапия и физиотерапия в течение 2 недель избавили больного от упорной навязчивой мысли и восстановили его трудоспособность (наблюдение А. А. Соседкиной).

О крайне тяжелом последствии ятрогенной психической травмы свидетельствует следующее наше наблюдение.

3. Больная Р., 23 лет, находится в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов мужа больной выяснено, что в течение 5 лет она страдает тубер-

кулезом легких, была под наблюдением врача. К заболеванию относилась спокойно, самочувствие было удовлетворительным. Желая ехать вместе с мужем в Кисловодск, обратилась в местный противотуберкулезный диспансер, чтобы выяснить, не повредит ли ей это. Она сообщила, что последнее время бацилл у нее в мокроте нет и что она стала прибавлять в весе. «Объяснять тут нечего,— заявил ей врач,— туберкулез третьей стадии. То, что нет палочек и прибавили в весе никакой роли не играет. Вообще туберкулез неизлечим. Если есть свободные деньги, то можете ехать и на курорт!».

После этих слов, которые слышал и муж больной, она резко изменилась: ею овладело тяжелое угнетенное состояние, возникла и стала навязчиво преследовать мысль о скорой смерти, появилась бессонница, по утрам ежедневная неврогенная рвота, пропал аппетит. Вскоре после посещения туберкулезного диспансера у нее поседела крупная прядь волос. Один из местных врачей пытался применить внушение в гипнозе, так как убеждения и разъяснения в бодрствующем состоянии успеха не имели: убеждения не только не помогали, но еще больше угнетали больную. Гипнотического сна вызвать не удалось. Все время находилась в весьма угнетенном состоянии под влиянием мысли о «бесцельности существования при ее „форме“ туберкулеза: ведь смерть неизбежна!». Убеждения психотерапевта также оказались безрезультатными.

Несмотря на все усилия, успокоить ее в бодрствующем состоянии не удалось, как не удалось вызвать даже слабую внушенную дремоту. Больная уехала, находясь в том же состоянии, и вскоре после возвращения домой покончила собой, оставив записку: «Нужно уметь разговаривать с больными! Туберкулез неизлечим. Так или иначе должна умереть. Доктор доказал это!» Об этом мы узнали из письма мужа больной в ответ на наш запрос о дальнейшем ее состоянии.

Последний случай, как и многие другие представляет глубоко печальный результат незнакомства врачей с возможностью психической травмы больного самими врачами. После такого «пугающего» приговора врача у больного возникает астеническая эмоция — страх и смущение, создающие снижение тонуса коры мозга и развитие больного пункта.

Врач должен быть осторожен в своих словах даже в том случае, если больной вследствие тяжелого заболевания находится в состоянии помраченного сознания. Врач не должен выражать вслух своих мыслей о предполагаемом заболевании или о характере наблюдаемой им симптоматики. Так, А. Форель (1928) описывает случай из ранних лет его врачебной деятельности, когда он, сам того не желая, внушил больной, что у нее язва желудка. Во время психотерапевтического сеанса он выражал вслух такие опасения, при этом усердно с серьезным лицом пальпировал ее желудок, а после сеанса назначил ей постельный режим и молочную диэту. В результате всего этого больная находилась в течение нескольких месяцев в постели с внушенной, не существующей в действительности болезнью. А. Форель подчеркивает, что неблагоприятный прогноз, который некоторые врачи беспощадно ставят больному, зачастую равносилен дальнейшему углублению болезненного состояния. К. М. Быков (1947) отмечает, что «... на фоне игнорирования психического состояния больного могут проявляться и развиваться новые болезни, и тогда врач вместо целителя явится причиной болезни, о чем говорил еще отец медицины Гиппократ».

Наконец, приведем один пример, когда у больной под впечатлением чтения медицинских книг возник невроз, которому можно было бы присвоить наименование «библиогенный», т. е. вызванный чтением литературы о болезнях.

4. Больная К., 44 лет, предъявила жалобу, что она «умирает, так как является тяжело, неизлечимо больной», причем свое заболевание называет «стенокардией». Больна 5 месяцев, в течение всего этого времени неработоспособна, лежит в постели, днем занята мыслями о смерти, а ночью боится заснуть, чтобы во сне не умереть «от разрыва сердца». Все это началось с того, что 5 месяцев назад районный врач поставил диагноз: «стенокардия» и предписал строгий постельный режим. Взяв учебник внутренних болезней, больная, не дочитав до конца описания стенокардии, слегла в постель в тяжелом состоянии, и с этого дня ежедневно вызывала на дом врача поликлиники, а в течение последнего месяца 2 раза в сутки вызывает скорую помощь для «сердечных уколов», которые, однако, ее состояния не облегчают.

Объективно: положение больной вынужденное, напряжена, лежит, обложившись подушками, много рассказывает о своих ощущениях, сопровождая все это слезами и рыданиями, так как считает, что она «обречена на смерть». Члены ее семьи взволнованы, измучены состоянием больной.

После разъяснительной беседы проведен сеанс внушения в состоянии легкой дремоты. После сеанса больная впервые за 5 месяцев встала с постели, стала разговаривать более спокойно, рыдания прекратились. Через 2 дня после этого самостоятельно пришла в диспансер для второго сеанса. А после 3-го сеанса психотерапии стала проявлять заботу о своем запущенном хозяйстве, отправилась на базар, спокойно отнеслась к советам соседок: «Не перегружать себя и не утомляться». После 5-го сеанса душевное равновесие больной вполне восстановилось и она полностью освободилась от своих навязчивых мыслей (наблюдение А. А. Соседкиной).

Наконец, необходимо сказать, что к медицинским факторам, травмирующим психику, следует причислить также иногда недостаточно продуманные лекции и беседы санитарного просвещения, в особенности проводимые в туберкулезных санаториях и венерологических диспансерах. В этих беседах больных большей частью знакомят с клиническими картинами своей болезни и с ее возможными осложнениями. У многих больных такого рода беседы ведут к развитию реактивно-угнетенного состояния и к ухудшению имеющегося у них процесса. То же следует сказать и о травмирующем психику больного педагогическом приеме, когда в присутствии больного на лекциях и в клинике проводят разбор болезненных форм. О многообразии ятрогенных факторов такого рода говорит в своей книге А. Г. Галачьян (1954).

В заключение отметим, что отрицательное, невротизирующее воздействие неуместно брошенного слова может иметь место в деятельности не только врача, но и педагога. На это обратили внимание педагогов Е. С. Катков и К. К. Платонов, указавшие на возможность развития таким путем своеобразных «школьных неврозов», в основе которых лежит психическая травма, нанесенная учителем.

Педагог должен учитывать, что в педагогическом процессе имеется ряд моментов, протекающих на фоне значительного эмоционального напряжения (экзамен, контрольная работа с ограниченным сроком, вызов к доске и т. п.). Эти напряжения, обычно легко преодолеваемые большинством учащихся, могут представлять значительные трудности для детей, относящихся к слабому типу нервной системы (тревожно-мнительные, застенчивые и т. п.). Для последних, как правильно отмечает Е. С. Катков (1938), «слово учителя с отрицательным содержанием в эти моменты ответственно», так как при сниженном тонусе коры словесные воздействия отрицательного характера «легко могут зафиксироваться по механизму внушения и стать

источником предрасположения для дальнейших психических травм, дидаскогенных сдвигов, а в отдельных случаях и дидаскогенных заболеваний», т. е. заболеваний, полученных от учителя.

Подобные синдромы Е. С. Катков предложил называть «дидаскогенными» (от греческого didaskos — учитель), т. е. заболеваниями, полученными от внушения учителем (по аналогии с ятрогенными заболеваниями, полученными от внушения врачом).

Приведем несколько характерных примеров такого рода.

1. Людмила В., 16 лет, ученица 9-го класса средней школы, здоровая, трудолюбивая, усидчивая (по словам матери), обратилась с жалобами на «панический страх», который с некоторых пор стал овладевать ею перед классными письменными работами: задолго до предстоящей письменной работы у нее развивается состояние внутренней тревоги, с болезненно-напряженным ожиданием «чего-то неотвратимо страшного». Вместе с тем в эти дни отмечается резко сниженный аппетит, плохой сон, не может готовить уроков. Во время самой письменной работы испытывает состояние растерянности, не может сосредоточиться, не помнит написанного, проявляет повышенную торопливость, причем «все проходит как в тумане». Вследствие этого делает много необычных для нее описок и грубых грамматических ошибок по тем правилам грамматики, которые прекрасно знает. Таких ошибок в обычном, спокойном состоянии совершенно не допускает. На этой почве наступили конфликтные отношения с учительницей, в результате чего возникло тяжелое невротическое состояние с мыслями о «бесперспективности учебы». В то же время такие письменные работы в домашних условиях пишет вполне хорошо, без волнения и без ошибок.

Проведенная анамнестическая беседа вскрыла психическую травму: будучи в 4-м классе, девочка была переведена из одной школы в другую, причем в новой школе учительница русского языка встретила ее недружелюбно и при устных ответах (у доски) давала ей слишком сложные задания. Но с устными ответами девочка справлялась. Однако во время *первой же письменной работы учительница, подойдя к ней, резко бросила* фразу: «Языком ты крутишь хорошо, а вот посмотрим, как напишешь!» Девочка сразу сильно взволновалась: «А что, если наделаю ошибок!» И почувствовала, что ее всю «охватило жаром»: руки, лицо и все тело вспотели, в голове «пошел туман», и вся работа была написана ею, как в тумане: «что писала — не помню!» А при известии о плохой отметке, поставленной за эту работу (причем учительница, возвращая ей работу, сказала: «Я так и знала!»), с ней что-то произошло: «Внутри как-то все осунулось и снова появился «туман в голове». С этого дня и возник страх перед классными письменными работами.

Следует отметить, что эта учительница работала в их классе только одну четверть, в то время как последствия психической травмы оставались в течение ряда лет и были устранены лишь путем психотерапии (12 сеансов, проведенных в состоянии внушенного сна). В последующие годы рецидивов этого состояния не было, девушка успешно закончила школу, учится в медицинском институте (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Наблюдаемый С., 19 лет, обратился с жалобами на резкие затруднения речи в момент волнения, особенно на экзаменах: «С трудом выговариваю слова, с экзамена прихожу весь мокрый, как только беру билет, мелькает мысль: «Буду заикаться!» При этом неодолимое волнение возникает даже тогда, когда подготовлен к экзамену достаточно хорошо.

Проведенный анамнестический опрос установил, что эти явления у него возникли с 6-го класса средней школы, когда преподавательница математики часто вызывала его неожиданно и задавала «сбивающие» во-

просы, чем доводила до полной растерянности, а однажды в момент его волнения бросила фразу: «Да ты еще заика!» Класс засмеялся, а ему сделалось стыдно и он «совсем растерялся». С тех пор, вызывая его к доске, учительница каждый раз «издевалась над тем, что я начинал заикаться». С этого времени затруднения речи и заикания стали возникать при каждом волнении: «Если волнуюсь, совсем не могу говорить». После поступления в институт волнения и заикание у него еще более усилились, что он тяжело переживает. Отмечает, что в спокойных условиях никаких затруднений речи не испытывает.

Проведена психотерапия во внушенной дремоте. После 9-го сеанса отмечено резкое улучшение: «мысль о заикании уже не мучит». На последовавшей затем экзаменационной сессии задержки речи не наблюдалось, сессию сдал хорошо (наблюдение Е. С. Каткова).

3. Наблюдаемая Ф., 20 лет, обратилась с жалобой на «мучительное покраснение лица», возникающее на экзаменах и когда ее вызывает преподаватель: «Не могу отвечать, горит все лицо, а иногда даже и руки». При затруднениях в ответе теряется, но если материал знает, краснеет меньше. Этот свой недостаток тяжело переживает: «Мне кажется, что все это замечают. Лучше бросить учебу и поступить на работу, чем так мучиться!»

Как удалось выяснить, указанные явления у нее возникли, когда она училась в 7-м классе средней школы. Когда она была вызвана к доске, учитель резко бросил фразу: «Ты всегда краснеешь, когда не знаешь!» Она и до этого случая «очень боялась учителя», а после таких его слов «загорелось не только лицо, но и руки, и вся затряслась... не помню, как села на место». Оказалась негипнабильной, проведено десять сеансов словесного внушения по Бехтереву-Бернгейму, что дало значительное улучшение: вернулся интерес к занятиям, успешно продолжает учебу (наблюдение Е. С. Каткова).

В последнее время на эту группу неврозов обратил внимание и К. К. Платонов (1937, 1946). Приводим некоторые из них.

1. Известен случай, когда курсант, стремившийся овладеть летной квалификацией и любивший летать, стал испытывать на «штопоре» неодолимый страх, которого «раньше у него не было». Анализ этого случая показал, что страх возник в результате внушающего воздействия неосторожной записки, оставленной ему инструктором (при его отъезде), в которой было написано: «Надеюсь скоро увидимся, но будь осторожен со „штопором!“».

2. На фронте был случай, когда инспектор по технике пилотирования, выходя из кабины, сказал летчику авторитетным тоном: «Вы летать не можете, вы больны!» И этот совершенно здоровый летчик, действительно, заболел (наблюдение К. К. Платонова).

Подобные идеи, внушенные неосторожным словом педагога, приводят курсанта в состояние растерянности, оторопелости, а при известных условиях (сниженный тонус коры мозга) могут вести к развитию невроза. Такое явление К. К. Платонов предложил называть термином «дидактогения» (от греческого didakteon — обучающий).

Нужно согласиться с тем, что «дидактогения» проявляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту.

Для устранения явлений ятрогении, дидаско- и дидактогении, необходимо широко популяризовать основные положения учения И. П. Павлова.

Необходимо остановиться и на вреде, который приносит знахарство.

Обычно принято думать, что причины существования знахарства лежат в невежестве некоторых слоев населения. Но, с нашей точки зрения, причина не только в этом, но и в другом, более существенном: здесь может играть роль прямое и косвенное внушение, полусознательно применяемое знахарем в виде примитивных (подчас весьма наивных и совершенно неполноценных) приемов скрытой психотерапии, нужно сказать, иногда приобретающей явно отрицательный характер.

Мы не будем приводить многочисленные примеры, когда путем примитивного лечения различными «нашептываниями» или «настоями» знахарь, устраняя некоторые функциальные расстройства, вместе с тем подавляет важные симптомы заболевания, подчас нуждающегося в неотложном специальном фармакологическом или хирургическом вмешательстве. При этом большинство «настоев» делается на водке и принимается большими «дозами» и притом немалое время, явно нанося этим вред здоровью. Так, нам приходилось лечить не одного больного от алкоголизма, возникшего после длительного лечения у бабки «настоем» трав.

До какой нелепости и вредности могут доходить знахарские приемы, показывает следующий печальный пример. Речь идет об одной учительнице. Для полноты отражения ее переживаний приводим дословно личное изложение пережитых ею «душевных мук».

«Я — педагог. Больна многими болезнями, лечилась несколько раз в Севастополе, в Одессе, в Днепропетровске. Сейчас бросила всякую мысль о лечении и вот почему: травма, перенесенная мною в ранем детстве, наложила определенный отпечаток на всю мою жизнь, от нее врачи вылечить меня не могут, а я уже устала по их требованию рассказывать им о себе, а потому решила больше ничего не говорить. Сейчас я серьезно больна — у меня парализована речь. Видя, что никто и ничем мне помочь не может, я пыталась покончить собой: проанализировав совпадение ряда нелепых случайностей в своей жизни, твердо решила уйти из жизни. Но вот меня многие убедили полечиться гипнозом и я пришла, но не для лечения нервов, а чтобы избавиться от того, что меня мучит всю жизнь.

Постараюсь вкратце рассказать вам о себе: мне 33 года, в детстве недолго жила с матерью в деревне; когда мне было 3—4 года, я была очень больна «английской» болезнью. Знахарка уговорила моих родителей сделать следующее: глубокой январской ночью мой отец взял маленькую черную собачку, принес ведро воды, меня посадили в корыто, на голову положили решето, в него собачку и на собачку вылили ведро холодной воды. Я помню только отчаянное царапанье собачки на моей голове и невероятный визгливый лай. Я обезумела. По словам отца, я вскрикнула и упала замертво в корыте. В тяжелом состоянии отец отвез меня в Симферополь к проф. Н. Н. Каблукову. Три месяца я боролась со смертью и выжила. Но после этого я испытываю ужас перед собаками, а перед маленькими черными в особенности. Я избегаю улиц, домов, где есть собаки, хожу только днем и обхожу 5—6 кварталов, лишь бы обойти собаку. Меня даже под угрозой смерти нельзя заставить войти в дом или двор, где есть собака. И не только одна, но и с кем-нибудь я не пойду. Люди смеются над этим, но я прячусь от собак и прячу от всех свой безумный страх перед ними. Жизнь сложилась так, что в 12 лет я оставила семью и живу самостоятельно. Обладая достаточной для того силой воли, много работала над собой, но ничего в этом отношении не добилась, и мне стоило колоссальных усилий промучиться 33 года.

Вся моя жизнь (личного и общественного характера) потерпела полный крах, так как я упорно отказываюсь от всякой общественной работы, если только она связывается с хождением по городу или с поездкой на село. Встреча с собаками вызывает у меня безумное, почти обморочное

состояние, в результате чего за последние годы у меня не раз на короткие или долгие промежутки времени прекращалась речь. Я стала плохо видеть, у меня стали появляться сильные приступы раздражения, переходящие порой в буйное состояние, все это я мучительно скрываю от других. Я очень любила свою работу, всю себя отдавая детям, школе и работе с их родителями. А теперь 2 года совершенно не могу и не хочу работать. Вот уже месяц, как я совсем бросила работу, и что будет дальше, не знаю. Я рассказала вам только немногое, но оно почти главное в моей неудачной жизни.

Можете ли вы помочь мне? Можете ли, не разговаривая со мной, подчинить меня своей воле и заставить вычеркнуть из памяти этот ужасный эпизод? Из-за него у меня не было детства, не было молодости, не было жизни».

Вне сомнения, в данном случае под влиянием перенесенной в раннем детстве тяжелой психической травмы возник глубокий истерический невроз. К сожалению, больная оказалась негипнабильной, а проведенная нами длительная терапия разъяснением и убеждением успеха не имела.

Здесь уместно привести слова И. П. Павлова, относящиеся еще к концу прошлого столетия: «... можно судить по теперешним, вовсе не так редким примерам, когда в какой-нибудь деревенской глуши (да и всегда ли только в глуши!) от невежественного опыта с тем или другим лечением знахаря или знахарки в жестоких мучениях кончает смерью тот или другой их пациент»[1].

Нет сомнения в том, что отдельные обращения больных к знахарям обусловлены именно недостаточным учетом врачами того, какую патогенетическую значимость могут в некоторых случаях получать для человека те или иные травмирующие психику факторы и как возникают и развиваются порождаемые ими невротические расстройства, т. е. чисто психогенные нарушения высшей нервной деятельности, причем врачи, часто имея установку на органическую природу заболевания, игнорируют психотерапию. Больной, получая от врача не соответствующие его заболеванию советы или лечение, а вместе с тем обладая повышенной внушаемостью, подчас совершенно бесплодно переходит от одного врача к другому и, наконец, попадает к знахарю. И здесь, в определенных случаях, в результате знахарского врачевания он может даже получить облегчение, обусловленное, например, прямым или косвенным внушением. Однако основной массе больных знахарское «лечение», конечно, наносит глубокий, часто непоправимый вред.

Итак, все дело в том, что в ряде случаев клиника учит врача смотреть на природу психогенно возникшего страдания совсем под другим углом зрения: как на органическое заболевание, но не как на функциональное нарушение.

Мы полагаем, что этим весьма существенным недочетом и может объясняться наличие в зарубежных странах весьма большого числа знахарей — людей, являющихся профанами в медицине, лишь поверхностно знакомыми с психотерапевтической литературой и, несмотря на это, сделавших психотерапию своей профессией. Таких «психотерапевтов», повидимому, особенно много в Германии, если берлинское психоаналитическое общество в своих положениях о психотерапевтическом образовании и подготовке врачей высказывает следующее положение: «т а м,

---

[1] И. П. Павлов, Современное объединение в эксперименте главнейших сторон медицины на примере пищеварения, Медгиз, УССР, 1953, стр. 56.

где психотерапией занимаются и не врачи, нужно, чтобы последние предварительно спрашивали совета врача и, еще лучше, консультировались бы с ним в процессе лечения» (разрядка наша.— *К. П.*).

Такого рода профанов в медицине, сделавшихся «психотерапевтами», можно и должно отождествлять со знахарями. Таким образом, здесь идет прямая борьба авторитета знахаря с авторитетом врача. Она может закончиться лишь тогда, когда, наряду с поднятием культуры масс, клиническая медицина будет больше учитывать психогению, когда врачи будут больше знакомы с физиологией высшей нервной деятельности, когда они будут обращать внимание не на один «больной орган», а на весь организм в целом и научатся правильно учитывать подлинные причины развития функциональных нарушений высшей нервной деятельности, как и различных разновидностей кортико-висцеральной патологии. Каждый клиницист должен быть хорошо знаком с лежащими в их основе патофизиологическими механизмами и уметь управлять этими механизмами.

При этих условиях к знахарю не пойдет ни один больной, поскольку психотерапия, построенная на научных началах, будет применяться в клинике и в поликлинике.

ГЛАВА XVIII

НЕВРОЗЫ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ РАЗВИТИЮ

...мир патологических явлений представляет собою бесконечный ряд всевозможных о с о б е н н ы х, т. е. не имеющих места в нормальном течении жизни, комбинаций физиологических явлений. Это, бесспорно, как бы ряд физиологических опытов, делаемых природой и жизнью...

И. П. П а в л о в

Как мы знаем, высшая нервная деятельность человека формируется в течение всей жизни, подчас протекающей в весьма трудных и сложных условиях социальной и физической среды. По выражению И. П. Павлова, «главнейшее, сильнейшее и постоянно остающееся впечатление» от изучения высшей нервной деятельности это «ч р е з в ы ч а й н а я п л а с т и ч н о с т ь этой деятельности, ее о г р о м н ы е в о з м о ж н о с т и: ничто не остается неподвижным, а все может быть достигнуто, изменяться к лучшему,— лишь бы были осуществлены соответствующие условия»[1] (разрядка наша.— *К. П.*).

Однако в процессе высшей нервной деятельности человека могут создаваться условия, оказывающиеся уже непосильными для его нервной системы, ибо, как говорит И. П. Павлов, «при усилении болезнетворных приемов» можно, наконец, «одолеть, сломать и уравновешенный сильный тип» нервной системы, так как «всякой силе есть свой предел».

По этой причине часто возникает более или менее стойкое и длительное функциональное нарушение высшей нервной деятельности, характер которого определяется прежде всего исходным состоянием тех корковых физиологических механизмов, в сфере деятельности которых оно возникло. Этим и обусловливается значительное разнообразие и сложность картин невротических заболеваний.

Согласно физиологическому учению И. П. Павлова, неврозы представляют хронические (продолжающиеся недели, месяцы и даже годы) отклонения высшей нервной деятельности от нормы.

Необходимо подчеркнуть, что до работ И. П. Павлова не существовало научно обоснованного понятия о неврозах, оно разработано лишь павловским учением, разрушившим старые анатомолокалистические

[1] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объединенного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 364.

представления о неврозах как о заболеваниях, с якобы «пока еще не открытыми» микроморфологическими изменениями в центральной нервной системе, как это считали Штрюмпель (Strümpell), Раймонд (Raymond) и др.

На основе учения И. П. Павлова мы знаем теперь, что под влиянием сверхсильных для данной нервной системы условных или безусловных раздражений, падающих на кору мозга из внешней или внутренней среды, легко может возникнуть изменение силы, а также нормального соотношения основных корковых процессов, нарушение взаимоотношения коры и ближайшей подкорки, а при неврозах у человека — и соотношения двух сигнальных систем. Срыв высшей нервной деятельности может возникнуть вследствие перенапряжения одного из основных корковых процессов (раздражительного или тормозного) или же, наконец, перенапряжения их подвижности («сшибки»).

При изучении неврозов человека весьма существенным подспорьем является постоянное, систематическое накопление соответствующих клинических фактов и углубленное исследование в каждом отдельном случае причин и условий развития невроза. Как нам пришлось убедиться, важное значение при этом имеет эффективность психотерапии неврозов, которая помогает правильно ориентироваться в отношении природы иногда трудно диагносцируемых (органических или же функциональных, т. е. невротических) синдромов и лежащих в их основе патофизиологических механизмов.

Решающую роль в развитии психогенного невроза играют различные травмирующие психику факторы в виде острых или длительных тяжелых переживаний. Развитие невротического заболевания стоит в этом случае в зависимости, с одной стороны, от типовых особенностей (например, от врожденной или же приобретенной слабости нервной системы), а с другой,— от социальной значимости для данного человека самого травмировавшего психику фактора. При этом степень психической травматизации зависит от того, действовал ли этот фактор однократно, многократно или хронически, а также от степени и характера эмоциональной напряженности, имевшей место в момент психической травмы, и пр. Существенное значение имеют в этом отношении жизненные события, влекущие за собой перестройку или даже внезапную ломку упрочившихся динамических стереотипов, что ведет к глубокому нарушению корковой динамики, а в силу этого иногда и к преобладающему воздействию на нее ближайшей подкорки. Это обычно проявляется в виде тревожности, боязливости, неуверенности в себе, тяжелого чувства разбитости, мучительного внутреннего разлада и пр., что составляет картину невротического состояния.

Все это обычно способствует дальнейшему снижению тонуса коры мозга и нарушения взаимоотношения между корой мозга и ближайшей подкоркой. Если же возникшие нарушения становятся устойчивыми и человек самостоятельно избавиться от них не может, то возникает уже картина невротического заболевания, или невроза. В этом случае высшая нервная деятельность в той или иной мере утрачивает присущую ей в обычных условиях уравновешенность, подвижность, способность к преодолению трудностей и сохранению внутреннего единства и временно становится в большей или меньшей степени неполноценной. Нужно иметь в виду, что развитие невроза связано с понижением тонуса коры мозга и, следовательно, с повышением внушаемости и самовнушаемости.

Общеизвестно, что для успеха лечения врач должен руководствоваться определенной классификацией болезненных состояний. Однако,

поскольку проблема неврозов разрешалась неправильно, до последнего времени не было соответствующей этиопатогенетической их классификации. Об этом свидетельствует, например, то обстоятельство, что собравшемуся в 1934 г. Украинскому съезду невропатологов и психиатров так и не удалось продвинуть разрешение этой проблемы вперед, причем заслушанные на съезде доклады не способствовали разъяснению вопроса.

Как уже было отмечено выше, только павловское учение о неврозах человека впервые научно, физиологически обосновало и осветило их функциональную природу, их происхождение и динамику. Таким путем были раскрыты условия образования функциональных расстройств и патофизиологические механизмы различных невротических состояний, созданы предпосылки для их патогенетической классификации.

При возникновении неврозов решающее значение в одних случаях принадлежит психическим факторам, а в других — факторам соматическим. Первые из них и привлекли к себе главное внимание И. П. Павлова.

Психогенные неврозы обусловлены перенапряжением основных корковых процессов. Лечение этих неврозов должно строиться на применении тех средств, которые воздействуют непосредственно на кору мозга, а именно: гипносуггестивная терапия (и психотерапия в широком смысле), бром-кофеиновая терапия и терапия сном. Положительные результаты лечения психогенных неврозов являются одним из доказательств их функциональной природы. В качестве вспомогательных средств обычно используются тонизирующая фармако- и физиотерапия, трудотерапия, лечебная физкультура и т. п.

В основе *соматогенных* неврозов лежит астенизация коры мозга, вызванная соматическим заболеванием, т. е. заболеванием, имеющим в своей основе то или иное органическое нарушение, обусловленное физической травмой, инфекцией, эндокринопатией, эндокринно-вегетативными перестройками и т. п. Таким образом, соматогенные неврозы отличаются от психогенных по своей этиологии и патогенезу, причем кора мозга астенизируется при них вторично. Соответственно этому патогенетическим методом лечения является в данном случае метод, направленный на устранение основного соматического заболевания (т. е. фармако-, физиотерапия и т. д.), а психотерапия должна быть вспомогательным симптоматическим средством лечения таких заболеваний.

Такое подразделение неврозов на психогенные и соматогенные имеет большое практическое значение прежде всего потому, что этим предопределяется характер назначаемой терапии. Придерживаясь этого подразделения, мы на практике убедились в его целесообразности (1929).

А. Г. Иванов-Смоленский (1952) выделяет еще заболевания со *смешанной* этиологией и психического, и соматического характера, составляющие третью большую группу неврозов. В этом случае может быть налицо и психогения, и соматогения одновременно, так же как и возможная невротическая реакция больного на возникшее соматическое заболевание.

Наконец, следует остановиться на вопросе о так называемом неврозе органа и вегетоневрозе, сущность которых долгое время оставалась не выясненной. В этом вопросе мы исходим сейчас из учения И. П. Павлова. Кора головного мозга является органом, регулирующим функции всех органов и систем и определяющим их рабочее состояние. Поэтому природа и таких неврозов рассматривается как функциональное расстройство высшей нервной деятельности. Отсюда «невроз» органа или же «вегетоневроз» есть функциональная патология, обусловленная нарушением регуляторной функции коры мозга, обеспечивающей нормальную деятельность данного органа и всей вегетативной системы.

Поэтому лечить нужно не «заболевший» орган или вегетативную систему, а нарушенную регуляторную деятельность коры мозга.

Такое понимание вносит ясность и в диагностику этих заболеваний, и в методы их лечения. Мы считаем, что основным методом лечения «невроза органа» или «вегетоневроза» должна быть психотерапия».

ЗНАЧЕНИЕ ТИПА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Как известно, по учению И. П. Павлова, тип нервной системы определяется свойствами основных корковых процессов: силой, уравновешенностью и подвижностью. Наряду с общими типами высшей нервной деятельности, которые присущи как человеку, так и высшим животным, И. П. Павлов выделил частные типы, свойственные только человеку, а именно: мыслительный, художественный и средний. Специфические патологические особенности высшей нервной деятельности человека определяются соотношением в ней обеих сигнальных систем действительности. Если средний тип, как говорит И. П. Павлов, «соединяет работу обеих систем в должной мере», то в мыслительном типе превалирующее значение принадлежит второй сигнальной системе, через которую в основном и осуществляется вся высшая нервная деятельность. В художественном типе, наоборот, центр тяжести высшей нервной деятельности падает на первую сигнальную систему. У такого типа преобладающее значение получают условные раздражители первой сигнальной системы, т. е. предметы и явления внешнего мира, действие которых в значительной мере преломляется сквозь призму эмоционального отношения к ним со стороны данного человека. Благодаря этому у представителей художественного типа высшей нервной деятельности больше дает себя знать ближайшая подкорка — эмоции, чем чисто рассудочная (мыслительная) деятельность.

Для успешного уравновешивания деятельности организма с быстро меняющимися условиями внешней среды необходимо, чтобы оба основных корковых процесса обладали достаточной силой, имели достаточную подвижность, а вместе с тем были бы достаточно уравновешенны между собой.

Как известно, И. П. Павлов уделял вопросу о связи невроза с типом нервной системы большое внимание. Основываясь на полученных его сотрудниками экспериментальных данных, он пришел к выводу, что «вероятность нервного заболевания отчетливо связывается с типом нервной системы»[1]. Однако на пути к распознаванию типологических особенностей нервной системы человека лежат значительные трудности. Прежде всего нужно иметь в виду, что разнообразие типов нервной системы не ограничивается основными четырьмя типами, что в жизни может встречаться до 24 различных их вариаций, причем более мелкие вариации типа нервной системы наблюдаются особенно в слабом типе, однако они далеко еще не изучены и не систематизированы. Кроме того, нельзя упускать из виду еще одно обстоятельство. С. Н. Выржиковский и Ф. П. Майоров (1933) в экспериментах на щенках показали, что представители сильного типа, воспитанные в «оранжерейных» условиях, могут проявлять черты слабого типа. Вместе с тем известно, что и слабый тип путем тренировочных упражнений может быть сделан жизненно устойчивым, иначе говоря, его природные свойства могут быть замаскированы.

Изложенные соображения делают понятным, почему изучение «истинных типов нервной деятельности» представляет «п о ч т и н е п р е о д о л и м у ю т р у д н о с т ь». Как говорит И. П. Павлов, «образ

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 458.

поведения человека и животного обусловлен не только прирожденными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и постоянно падают на организм во время его индивидуального существования»[1]. В силу этого для определения природного типа нервной системы необходимо учитывать все те влияния, под которыми был со дня рождения и теперь находится данный организм. И. П. Павлов считает, что для преодоления всех указанных трудностей необходимо умножать и разнообразить формы наших диагностических испытаний, которые должны быть направлены на выявление возникших в нервной системе специальных изменений, обусловленных определенными влияниями индивидуального существования, именно таким путем можно раскрыть как замаскированные природные черты, так и вновь привитые, приобретенные особенности типов нервной системы. Определение типологических особенностей больного в наших исследованиях носит лишь ориентировочный характер, что в первую очередь стоит в связи с указанными выше трудностями, подчеркиваемыми и самим И. П. Павловым, и его учениками, в частности, А. Г. Ивановым-Смоленским (1953).

Неврозы имеют прямую связь с типом высшей нервной деятельности человека. Так, неврастения есть болезненная форма слабого общего и среднего человеческого типа, а истерия — слабого общего типа в соединении с художественным с патологическим преобладанием первой сигнальной системы и подкорки. Психастения возникает у слабого общего в соединении с мыслительным типом с патологическим преобладанием второй сигнальной системы. Поэтому у больного истерией общая слабость дает себя особенно знать в деятельности второй сигнальной системы, которая представляет высший регулятор человеческого поведения. По этой причине у больного наблюдается хаотичность в деятельности первой сигнальной системы и эмоционального фонда. В случае психастении, наоборот, слабостью отличается первая сигнальная система и эмоциональный фонд.

Что касается навязчивого невроза, то он имеет в своей основе возникновение «больного пункта», длительно сохраняющегося вследствие изолирующей его зоны торможения, образующейся по механизму отрицательной индукции. Поэтому навязчивый невроз характеризуется патологической инертностью корковых процессов. [в области этого бол. пункта]

Необходимо отметить и те невротические заболевания, в основе которых лежит прочно зафиксировавшийся патологический условный рефлекс, условия развития которого (по механизму патологической условной связи) рассматриваются нами ниже.

Нужно иметь в виду, что изнуряющее соматическое заболевание или тяжелые повторные и длительные психические травмы могут ослабить и сильный уравновешенный тип нервной системы и привести к возникновению невротического заболевания. Недоучет этого обстоятельства легко может привести врача к ошибочному толкованию характера невротического заболевания. Это в равной мере относится как к диагнозу истерии, так и к диагнозу психастении. В некоторых случаях реактивный истерический синдром, если он затягивается надолго — на месяцы или даже годы,— может ввести врача в заблуждение. Нередко врач ошибочно считает такого больного «конституциональным истериком», «истерическим психопатом». При этом врач обычно усматривает и «целевую установку», и «тенденцию к симуляции», и «сексуальную» этиологию, притом с будто бы трудно обратимыми патологическими проявлениями, «требующими длительного комплексного лечения». Вследствие такого неправиль-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 458.

ного лечебного подхода к этим больным врачи нередко осложняют и ухудшают их состояние, травмируя их также самим диагнозом «истерия».

Практика показывает, что в этих случаях при соответствующем анализе развития патологического синдрома психотерапия, а особенно проводимая во внушенном сне, может в более или менее короткий срок дать стойкий положительный эффект, вплоть до радикального устранения не только отдельных симптомов, но и всего синдрома, с полной нормализацией корково-подкорковых отношений. При этом у больного могут выявиться черты более или менее сильного типа нервной системы. Наши наблюдения показывают, что такие реактивные невротические состояния могут развиваться у преморбидно (практически и клинически) здоровых людей и без наследственного предрасположения.

Такие заболевания мы всегда диагносцируем как пролонгированную истерическую реакцию или реактивный истерический невроз. Психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или во внушенном сне, с последующими сеансами длительного внушенного сна-отдыха в этих случаях обычно дает стойкий положительный эффект.

Что касается этиологических факторов, лежащих в основе реактивного истерического невроза, нужно сказать, что в свете учения И. П. Павлова этот вопрос получает полную ясность. Здесь могут иметь значение чрезвычайно разнообразные травмирующие психику воздействия, к которым, по словам И. П. Павлова, относятся «не только ужасы войны, но и много других опасностей для жизни (пожар, несчастье на железной дороге и т. д.), длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни, лишение имущества, разгром убеждений и верований и т. д. и вообще трудные условия жизни: несчастный брак, борьба с нищетой, истязание чувства собственного достоинства и т. д.»[1]. Данные наших наблюдений также свидетельствуют о весьма большом разнообразии травмирующих психику факторах, которые могут приводить к развитию истерического невроза.

Нередко истерический синдром, даже и более или менее длительный, может оказаться преходящим и иметь временный характер, не возобновляясь в дальнейшей жизни. Такого рода «истерики» нуждаются именно в психотерапии, которая дает, как упоминалось выше, стойкое выздоровление.

Нужно сказать, что диагноз психастении сам по себе может сильно травмировать больного. Часто такого рода больные в действительности не являются психастениками в общепринятом понимании, в смысле психастенического характера или же психастенической конституции. Как известно, для последней характерны глубокие нарушения, говорящие о крайне слабом общем типе нервной системы, со свойственным психастении патологическим преобладанием функций второй сигнальной системы над функциями первой.

Следует отметить, что нередко клиническая картина навязчивого невроза включает в себя симптоматику, обычно специфичную для конституциональной психастении, что может послужить поводом для ошибочного диагносцирования данного заболевания как психастении. По этой причине в нашей практике мы выделяли это заболевание в особую группу — «психастеноидный невроз».

Как известно, в свое время еще В. М. Бехтерев (1890, 1892, 1911, 1915,

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 416.

1928) указывал на эффективность внушения и гипноза при навязчивых состояниях: «из других психических расстройств,— говорил он (1911),— могут быть излечиваемы с помощью гипнотических внушений навязчивые идеи и различные виды патологического страха».

ОСТРЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Среди условий развития невротического заболевания исключительно важное значение принадлежит характеру эмоционального состояния, имевшего место при возникновении невроза. В свете данных школы И. П. Павлова о взаимоотношениях коры и ближайшей подкорки становится понятной та огромная роль, какую эмоции играют не только в нормальных условиях жизни, но и особенно в возникновении невротических заболеваний. Чрезмерно сильное эмоциональное напряжение, однократное, а тем более повторное, кратковременное или же длительное может при определенных условиях стать причиной возникновения значительного и стойкого нарушения высшей нервной деятельности. Поэтому проблему психогении различных нарушений функций организма необходимо строить на анализе эмоциональной сферы больного и пережитых им аффективных состояний.

Как известно, ряд моделей человеческих эмоциогенных нарушений был получен М. К. Петровой (1946) на собаках. Ею было установлено, что если нервная система в течение длительного времени, например, ряда лет, систематически подвергалась тяжелым нервным травмам, то всегда можно было наблюдать, кроме различных патологических состояний нервной системы, еще заболевания почек, печени, суставов, воспаление среднего уха, двигательные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, так же как и различные специфические заболевания кожи и разнообразные новообразовательные процессы как на коже, так и во внутренних органах. Появлению этих заболеваний непременно предшествовали срывы нервной деятельности. По ее словам, различные психические травмы, «повидимому, имеют самое существенное значение для предрасположения организма ко всякого рода заболеваниям, вплоть до рака, и до преждевременного старения организма. Поэтому вопросу о связи психического и соматического необходимо придавать большое значение». Многочисленные клинические наблюдения неврогенных расстройств функций внутренних органов и систем могут служить доказательством этого.

Ненормальное развитие или же временное обострение одной или другой из наших эмоций может, говорит И. П. Павлов, «посылать в соответствующие корковые клетки в определенный период времени, или постоянно, беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность — неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать. То же самое могли сделать и какие-нибудь сильные и потрясающие жизненные впечатления» (разрядка наша.— *К. П.*)[1].

О важном значении эмоции в развитии тех или иных нарушений высшей нервной деятельности свидетельствуют данные исследований В. М. Бехтерева и В. Н. Мясищева (1926) и Н. И. Красногорского (1939). Так, Н. И. Красногорский отмечает, что рефлексы, образованные во время сильного испуга, остаются неугасимыми на всю жизнь. Он считает, что во время сильных эмоциональных подкорковых возбуждений кора как

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 410.

целое заторможена, кроме тех иннерваций, которые непосредственно раздражаются при данной ситуации. Для иллюстрации сказанного приводим ряд примеров из нашей практики.

1. Больная К., 63 лет, обратилась с жалобами на то, что встречи с похоронными процессиями и всем, что связано с похоронами (панихидное пение, траурная музыка, запах ладана и т. п.), в течение всей ее жизни вызывают у нее «неописуемый страх», с резко выраженным вегетативным компонентом, а иногда и обморочные состояния. Этот страх предопределяет все ее поведение: она была вынуждена переменить выбранную ею профессию, старается проживать подальше от кладбища (на котором ни разу в своей жизни не была), уходит в страхе с концерта при звуках похоронного марша и т. п.

В процессе выяснения условий образования этой патологической реакции нам удалось установить, что однажды в 5-летнем возрасте она была взята няней на похороны, причем, когда во время панихиды стала капризничать, няня пригрозила ей покойницей: «Вот встанет и возьмет тебя с собой в могилу!» «Меня охватил ужас,— говорила больная,— я вся дрожала и, обхватив руками ноги няни, спрятала лицо между ее коленями и так стояла, вся дрожа, пока не окончилась панихида». Во время рассказа больная дала яркую эмоциональную реакцию с выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, выступление пота на лбу, учащение пульса), с общей дрожью и ощущением «запаха ладана, насыщавшего воздух во время панихиды».

В данном случае однократное, но чрезвычайно сильное эмоциональное возбуждение, развившееся под влиянием словесного раздражителя, обусловило возникновение и фиксацию на многие годы патологической условнорефлекторной реакции на данную ситуацию в виде чувства страха.

Эта много лет существовавшая фобия была полностью устранена двумя сеансами внушения во внушенном дремотном состоянии. Следует отметить, что уже после 1-го сеанса (по дороге домой) больная спокойно отнеслась к встретившейся похоронной процессии. Переехав вскоре на новое место жительства, она согласилась поселиться недалеко от кладбища (о чем мы узнали впоследствии, из письма ее мужа). Больная находилась под наблюдением в течение 4 лет и не было случаев возникновения фобии.

2. Больная П., 45 лет, обратилась с жалобами на боязнь замкнутых пространств и толпы. При определенных условиях ею овладевает волнение, состояние растерянности и отчаяния, возникает сердцебиение, страх, часто до криков. Если она стиснута в толпе людей и не видит близкого выхода, например, в вагоне трамвая, или на собрании, т. е. во внутреннем помещении, вдали от выхода, то в необычайном волнении, с криком отчаяния и ужасом на лице она умоляет скорее пропустить ее к выходу, протискивается с большими усилиями, вызывая удивление со стороны окружающих. Но подойдя к выходной двери и видя, что она открыта, тотчас же успокаивается. В театре, на концертах, на научном заседании она бывает относительно спокойна, но когда входит или выходит вместе с толпой людей, тотчас же начинает испытывать «неописуемый ужас». Если она стоит в трамвайном вагоне у открытого окна, то страха обычно не испытывает: «есть выход через окно!». Но если ей случается быть в закрытом помещении в большой толпе людей, тотчас же у нее возникает непреодолимо сильный приступ страха.

Применялись разнообразные медикаментозные и физические методы лечения, но без всякого успеха. Врачи ей рекомендовали «взять себя в руки» или «заняться самовнушением», но попытки в этом направлении

оказались безрезультатными. По словам больной, эти страхи наблюдались у нее «всю жизнь», причем происхождение их для нее было непонятно. «Не знаю, откуда и почему они!».

Однако путем соответствующих вопросов о переживаниях в далеком прошлом все же выяснилось, что больная в 17-летнем возрасте пришла в собор на торжественное богослужение, где с трудом пробиралась вперед через плотно стоящую толпу солдат. Дойдя до середины собора, оказалась чрезвычайно стиснутой окружавшими ее солдатами и почувствовала себя в безвыходном положении, не имея возможности двинуться ни вперед, ни назад. Ею овладело состояние ужаса, отчаяния и растерянности. «Отдаленность выходной двери привела меня в безумный ужас,— говорила она,— и я крикнула не своим голосом: мне дурно!» Сопровождавшие люди помогли ей выбраться из толпы и вывели ее из церкви. По мере приближения к открытой двери, она стала постепенно приходить в себя, а выйдя на улицу совершенно успокоилась.

Рассказывая, больная сильно волновалась, как бы вновь переживая все происшедшее с ней примерно 30 лет назад, причем она «явственно ощущала запах солдатских шинелей и человеческой толпы». Таким образом, и здесь произошло оживление следов сильного эмоционального возбуждения.

С больной проведена разъяснительная беседа о том, что это состояние прекратится. После этого она в значительной мере успокоилась, в то время как до того она была в тревоге за полноценность своей психики. Мы ее отпустили, предложив явиться в случае рецидива. Больная больше к нам не являлась и дальнейших сведений о ней мы не имели.

3. Больная Ш., 36 лет, обратилась с жалобами на повышенную раздражительность, явления сжатия в области сердца и желудка, тревожный сон с постоянно всплывающей в момент засыпания яркой картиной нападения на нее бандита: «лес, человек в шинели с обрезом в руках». В такие моменты больная вскрикивает, просыпается и засыпает лишь под утро. Такая же картина преследует ее и при бодрствовании, когда вечереет. В связи с этим развилась боязнь высоких людей в военной шинели: «Как увижу похожего, все внутри загорится!» Резкое снижение работоспособности, слабость, прогрессивно падающий аппетит. Общая укрепляющая терапия (в поликлинике) результата не дала. До заболевания отличалась хорошей работоспособностью, веселым и жизнерадостным характером.

Проведено пять сеансов гипносуггестивной терапии во внушенном сне, что дало возможность полностью устранить весь патологический синдром и восстановить нормальную корковую динамику. Наблюдалась на протяжении 2 лет; рецидивов не было. Работоспособность, жизнерадостность и спокойный характер восстановились полностью (наблюдение Е. С. Каткова).

Итак, мы видим, что в приведенных выше наблюдениях острая эмоциональная напряженность была весьма существенным условием возникновения и развития невроза, что подтверждает правильность основного положения Дежерина (1912): «без эмоции нет психоневроза». Нужно сказать, что в большинстве случаев такого рода эмоциональные факторы обычно без большого труда вспоминаются самим больным.

Как известно, вопросу о патогенетическом значении острых отрицательных эмоций в свое время было посвящено достаточно много внимания. Мы знаем классические труды наших отечественных авторов, собравших огромный эмпирический материал по этому вопросу,— В. А. Манассеина (1876), А. Яроцкого (1914), а также зарубежных — Шарля Фере (Charle Féré, 1892), Дежерина (1912). Физиологические механизмы возникновения

эмоций выяснялись в работах В. М. Бехтерева, а в дальнейшем и школы И. П. Павлова, особенно в работах М. К. Петровой (1946). Из последних вытекало, что длительное отрицательное эмоциональное напряжение, оказывая воздействие на состояние тонуса коры, может приводить к значительным нарушениям вегетативных функций организма и сопротивляемости его различным вредностям.

Необходимо также отметить исследования лаборатории П. К. Анохина (1949), посвященные проблеме эмоций. Кроме того, в последнее время П. К. Анохин предложил концепцию коркового торможения и на ее основе сделал попытку физиологического анализа генеза невротических состояний (1955). В этих исследованиях большое значение придается отрицательным эмоциям, которые при определенных условиях ведут к возникновению невротического состояния.

ФАЗОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Как мы уже знаем, переходные состояния от бодрствования ко сну и обратно), получившие в учении И. П. Павлова наименование гипнотических фаз (фаза уравнительная, парадоксальная и ультрапарадоксальная), играют важную роль в физиологическом механизме внушающего действия слова. По этой причине и развитие невротического синдрома, если оно произошло по механизму словесного внушения, также наиболее легко возникает именно в этих условиях.

Следует отметить, что развитие фазового состояния обычно связано со сниженным тонусом мозговой коры, создающимся, например, в условиях астенической эмоции (испуг, страх, тревога, растерянность и т. п.), т. е. при кратковременных или длительных и напряженных динамических процессах в подкорке, вызывающих выраженную отрицательную индукцию в коре и снижающих таким путем тонус последней. Как показали исследования лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского, эти фазовые состояния могут также возникать при инфекционных или токсических заболеваниях в условиях истощения корковых клеток при значительных функциональных эндокринно-вегетативных перестройках. Об этом говорят также данные Д. С. Фурсикова (1922), М. С. Розенталя (1922), И. Р. Пророкова (1941). Наконец, сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только прирожденной слабостью нервной системы (слабый тип), но и приобретенными свойствами (ослабленный тип). Как говорит об этом И. П. Павлов, «можно легко представить себе нервные системы, или со дня рождения, или под влиянием трудных жизненных положений, обладающие малым запасом раздражимого вещества в клетках коры и потому легко переходящие в тормозное состояние, в разные его фазы, или даже постоянно находящиеся в какой-нибудь из этих фаз»[1].

Нередко приходится наблюдать картину, чрезвычайно ярко иллюстрирующую роль фазового состояния в генезе невроза, который возник под влиянием травмировавших психику словесных раздражений при переходном состоянии от сна к бодрствованию или наоборот,— от бодрствования ко сну.

В этих же условиях ярко выступает и эффективность психотерапии (К. И. Платонов, 1930, 1935, 1940).

В случаях фазовых состояний невротические синдромы чаще всего развиваются по несложным физиологическим механизмам внушения и самовнушения, но часто отличаются сложной клинической картиной

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 286.

и длительным течением, что нередко составляет причину значительных диагностических затруднений.

Приводим типичные в этом отношении наблюдения, свидетельствующие о значении сниженного тонуса коры и патогенетической роли переходных состояний в образовании неврозов навязчивости.

1. Больной З., 24 лет, обратился в мае 1930 г. с жалобами на навязчивый страх сойти с ума, потерю веры в свои силы, полную неработоспособность, мучительное «сознание непригодности к работе и жизни». Состояние больного прогрессивно ухудшается, несмотря на стремление к выздоровлению. Болен в течение одного года.

При опросе больного выяснилось, что он как-то смотрел в третий раз мало интересовавшую его кинокартину, к тому же на последнем вечернем сеансе, и поэтому бóльшую часть времени находился в дремотном состоянии. Но в момент наиболее ярко выраженной сцены психического расстройства героя кинокартины его толкнули и вывели из дремотного состояния. Он, полуоткрыв глаза, взглянул на экран и тут же услышал тихо произнесенные соседом слова: «Вот так и ты сойдешь с ума». Его охватил ужас и смятение и он в большом волнении, с трудом досидел до конца сеанса.

Ночь прошла мучительно, без сна. В голове звучали слова соседа: «Вот так и ты сойдешь с ума», а перед глазами стояла картина сумасшествия. С этого дня у больного возник навязчивый страх сойти с ума, усиливавшийся впоследствии из-за диагноза врачей «психастения». Играть в оркестре уже не мог, так как не переставала мучить мысль о сумасшествии, сон нарушался картинами сумасшествия, из-за них боялся ночей. Сделался мнительным, боязливым, «каким никогда раньше не был». Работоспособность падала, ухудшение здоровья и безрезультатность лечения приводили его в отчаяние. «Самоубийство являлось единственным выходом»,— говорил больной.

После выяснения причины проведена разъяснительная и успокоительная беседа, которая, однако, его не успокоила: на следующий день явился в том же состоянии. Оказался хорошо гипнабильным, проведено пять сеансов внушения во внушенном сне, причем формула внушения включала сказанное накануне с добавлением «индиферентного отношения к пережитому» и «забвения переживаний» с последующим одночасовым внушенным сном-отдыхом. Эффект получился поразительный. «Когда я,— говорил больной,— после первого сеанса вышел на улицу, мне сделалось приятно. Я стал смотреть на прохожих и задавать себе вопрос: „Ну, чего в самом деле боюсь, ведь люди ходят, не боятся, а я боюсь!". Я смог, наконец, взять себя в руки и пришел домой уже веселый. Правда, наступления ночи боялся, но не так, как раньше». После 2-го сеанса стал чувствовать себя еще лучше, а после 4-го и 5-го сеансов совсем хорошо. «Радости моей нет границ!» — говорил больной.

Был под наблюдением 11 лет, рецидивов не было, после выздоровления в течение 10 лет играл в оркестре радиокомитета. Диагноз: навязчивый невроз (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Вне сомнения, в этом случае имело место явление, вполне аналогичное гипнотическому и постгипнотическому внушению, так как в момент восприятия двух раздражений — зрительного и слухового — данный человек находился в состоянии неполного сонного торможения, т. е. имелся сниженный тонус коры мозга, обусловленный переходом от сонного к бодрому состоянию. Повидимому, здесь могла иметь место парадоксальная фаза, при которой словесный раздражитель (слова: «Так и ты сойдешь с ума!», сказанные к тому же тихо), а также зрительный (оба слабые) создали локально ограниченный и притом несоответственно

сильный очаг возбуждения с резко выраженной зоной сильной отрицательной индукции. По такому механизму образовался «больной пункт», очаг патологически застойного возбуждения.

Обратный процесс — устранение больного пункта — был осуществлен путем терапевтического внушения: «пережитое вами уже забыто, никакого действия оно на вас не оказывает, вы снова вполне здоровы». Лечебное воздействие было произведено также в условиях сниженного тонуса коры, лежащего в основе состояния внушенного сна. Как мы видим, устранение патологического синдрома произошло столь же быстро, как и его образование, и при тех же физиологических условиях: в переходном (фазовом) состоянии мозговой коры. В этих условиях возникновение «больного пункта» происходит особенно легко, о чем свидетельствуют следующие два наблюдения.

2. Больная Х., 23 лет, доставлена в диспансер родственниками в тревожно-возбужденном состоянии, с жалобами на боязнь встречи с мужчинами, боязнь мужских взоров, присутствия ножей, топоров, половиков. Наряду с этим, боится одна выходить из дому, спать на своей постели, причем ночью не спит совсем, а днем может лишь дремать, сидя на стуле, а при углублении дремоты тотчас же просыпается. Резкое исхудание.

Заболевание острое, длится около 2 месяцев, началось в связи с нападением на ее квартиру. Ночью была разбужена одним из членов семьи, сказавшим шепотом: «Просыпайся, к нам лезут бандиты, одетые в маски!» Возник испуг и кратковременное ступорозное состояние. Нападение было быстро предотвращено и нападавших больная не видела, однако она была под сильным влиянием разбудивших ее слов.

Больная рассказывала, что услышанные ею слова подействовали «как гром», ее охватил ужас, все спуталось, только и слышалось в голове: «Бандиты, бандиты в масках!». Боязнь ножей, топоров объясняла тем, что при повторном нападении, которого она в напряженном страхе ожидала, эти предметы могли быть использованы бандитами. Боялась половиков, потому что в случае защиты от нападения она «может на них поскользнуться и упасть». Боялась спать на своей кровати и предпочитала спать сидя, чтобы скорее и легче можно было «спастись бегством».

После четырех сеансов внушения во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха весь патологический синдром был устранен. Положительный катамнез 12 лет, рецидива не было.

Приводим другой случай возникновения аналогичного «больного пункта» в форме тяжелого невротического состояния.

3. Больная Л., 21 года, со здоровой наследственностью, приведена матерью в ноябре 1930 г. с жалобами на чрезвычайно тревожное, угнетенное состояние, резкое исхудание, бессонницу и на то, что в течение месяца ее преследует боязнь развития разнообразных заболеваний и возможности скорой смерти. Это привело к постоянному хождению по поликлиникам и лабораториям в упорных поисках подтверждения лабораторными анализами воображаемых ею заболеваний.

По словам матери, в последнее время «сделалась совсем ненормальной»: не ест, не спит ночами, плачет, только и говорит о болезнях. Поликлиника направляет в психиатрическую больницу, так как развилась картина так называемого «идеообсессивного психоза», в то время как до заболевания всегда была здоровой, бодрой, жизнерадостной, работоспособной.

Выяснилось, что месяц назад перенесла брюшной тиф. Во время помрачения сознания, когда температура у нее была 40,2°, у постели собрался консилиум врачей, которые высказывали вполголоса предпо-

ложения о возможных осложнениях: «Сам тиф не опасен, но могут быть осложнения», «Здесь, пожалуй, развивается или менингит, или явления уремического характера», «Необходима консультация с невропатологом»; далее упоминалось об энцефалите, о параличах, о флегмоне. Как затем выяснилось, эти слова доходили до сознания больной.

«Я смутно сознавала,— говорила потом больная,— что возле меня врачи, названия осложнений вбивались мне в голову». В период выздоровления эти слышанные ею фразы стали оживать, и больная начала находить у себя признаки всех этих заболеваний: «Ужас перед ними охватывал меня»,— говорила она. Так постепенно у нее созревали навязчивые мысли, еще больше усилившиеся после того, как соседка больной по палате, пытавшаяся встать на ноги, упала. Вспомнив сказанное врачом о возможности паралича, решила: «Вот и со мной будет то же!».

Четыре сеанса психотерапии во внушенном сне с последующими сеансами получасового внушенного сна-отдыха устранили весь синдром. Диагноз: «Ятрогенный навязчивый невроз, нозофобия». Была под наблюдением в течение 6 лет; рецидива не было[1].

В данном случае в основе развития синдрома лежал физиологический механизм внушения, возникший в условиях неполной заторможенности ослабленной под влиянием тифозной инфекции коры, с развившейся, повидимому, парадоксальной фазой. К этому предположению приводят исследования павловской школы и, в частности, упоминавшиеся выше данные лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского (1952), посвященные изучению влияния на динамику коры мозга таких факторов, как инфекции, интоксикации и различные нарушения функций эндокринно-вегетативной системы. При этих условиях отмечалось преобладание тормозного процесса над процессом возбуждения, переходное (фазовое) состояние корковых клеток. Это предположение мы можем высказать на основании многих других клинических наблюдений невротических заболеваний, развивавшихся по физиологическому механизму внушения (главным образом в форме невроза навязчивости) в условиях сниженного тонуса коры мозга под воздействием различных факторов.

В аналогичных физиологических условиях развился невроз навязчивости и у следующего больного.

4. Больной К., 33 лет, поступил с жалобами на упорный навязчивый страх смерти, не покидающий его в течение нескольких месяцев. Причиной послужили слова, сказанные в тот момент, когда он лежал в состоянии алкогольного опьянения: «кажется, умер». Эти слова вызвали сильный испуг и отрезвление. С этого момента его не покидает навязчивый страх смерти.

Этот патологический симптом был ликвидирован двумя сеансами внушения во внушенной дремоте с последующим внушенным сном-отдыхом.

Таким образом, мы видим, что во всех приведенных случаях (а таких в клинической психотерапевтической практике встречается немало) заболевание возникает в условиях сниженного тонуса коры мозга и фазовых состояний. Подобные наблюдения были описаны Е. А. Поповым (1940), который также подчеркивает роль фазовых состояний в развитии явлений навязчивости.

---

[1] Более подробное описание трех последних случаев см. нашу статью «Материалы к учению о значении переходных состояний коры мозга», Труды Украинского психоневрологического института, Харьков, 1938.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНЫЕ СВЯЗИ

Как показывают клинические наблюдения, условные раздражители, которые могут входить в патологическую временную связь, чрезвычайно разнообразны. На каждый внешний раздражитель в силу универсальности явления временных связей может при определенных условиях образоваться патологический условный рефлекс, проявляющийся лишь при наличии специфического раздражителя. Возможность получения патологического условного рефлекса экспериментальным путем впервые была установлена В. А. Крыловым (1925).

Нужно сказать, что в огромном большинстве случаев патологические условнорефлекторные связи устраняются психотерапией, причем обычно довольно быстро, независимо от степени их прочности.

Нам приходилось наблюдать условнорефлекторные головные боли, возникавшие каждый раз при приезде в тот город, где первично была пережита тяжелая психическая травма, сопровождавшаяся упорной головной болью. У нас в диспансере наблюдалась больная, у которой «истеро-эпилептиформные» приступы возникали при каждой ее встрече с женщинами-блондинками, так как в течение долгого времени больная была травмирована увлечением ее мужа блондинкой. Сюда же нужно отнести и часто встречающиеся фобии (боязнь пространства, закрытых помещений, острых предметов и многие другие), развивающиеся и закрепляющиеся по механизму временных связей. Психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или же в состоянии внушенного сна, в значительном большинстве случаев дает положительный результат.

Случаи возникновения патологической условной связи нередки. Приводим еще несколько типичных примеров.

1. Больной Ш., 24 лет, обратился в амбулаторию с жалобой на то, что в течение последнего года страдает приступами тошноты и рвоты, начинающимися всякий раз, когда он едет в вагоне трамвая или же в автобусе. Из-за этого не может пользоваться этими видами транспорта. Более того, самый вид трамвайного или автобусного вагона, шум их движения, а в последнее время даже одна мысль о них уже вызывают рвоту. По этой причине должен был уехать в деревню, где прожил 2 месяца; но и там при мысли об автобусе или трамвае иногда возникала та же рвотная реакция. Вместе с тем у него резко понизилась работоспособность, пропал аппетит и он сильно похудел.

В анамнестической беседе выяснилось, что заболевание возникло год назад, когда в железнодорожном вагоне, в котором больной ехал из Крыма, находился пассажир, страдавший частыми приступами рвоты, продолжавшимися в течение нескольких часов, что ночью мешало нашему больному спать, оказав на него крайне тягостное воздействие. С этого времени у него и возник описанный выше патологический вегетативный (рвотный) условный рефлекс на вид вагонов, в том числе автобуса или трамвая.

Разъяснительная психотерапия эффекта не дала. Было проведено четыре сеанса внушения в дремотном состоянии, причем с 1-го же сеанса было отмечено улучшение. Больному внушалось забвение пережитого им случая и спокойное, безразличное отношение к любым видам транспорта. После проведенного курса психотерапии он заявил нам, что «совершенно здоров», спокойно ездит в автобусе и трамвае, не испытывая прежних неприятных ощущений, причем восстановился аппетит, вернулась работоспособность, прибавил в весе. Демонстрировался на лекциях студентам. Наблюдался нами в течение года, рецидивов не было (наблюдение Р. Я. Шлифер).

2. Больной Н., 25 лет, обратился с жалобой на то, что с некоторого времени начал страдать сильным потением рук, возникавшим каждый раз, когда он должен был здороваться с малознакомыми ему людьми; особенно же сильно это проявлялось при каждой его встрече с одной молодой женщиной.

Эти явления начались 2 месяца назад, с того дня, когда эта женщина, здороваясь с ним, заметила ему, что у него потная ладонь. Это настолько его травмировало, что с тех пор при каждой встрече с ней у него тотчас же обе ладони обильно увлажнялись пóтом. В дальнейшем это стало происходить и при встречах с другими людьми. Двумя сеансами психотерапии, проведенными в дремотном состоянии, патологический рефлекс был устранен.

Напомним, что это своеобразное состояние, выражающееся в «навязчивом потении рук», в свое время было описано В. М. Бехтеревым (1906).

3. Больная Г., 28 лет, в январе 1940 г. ночью угорела, пролежала в больнице 3 дня, с тех пор каждую ночь в 4 часа утра (в тот самый час, когда угорела) появляется весь синдром отравления угарным газом: просыпается с головной болью, тошнотой, за которой следует рвота. При этом с утра самочувствие хорошее, весь день работоспособна. Приступы не прекратились и тогда, когда она ночевала в другой квартире, у сестры. Отдохнула от них лишь во время 3-недельного пребывания брата, приехавшего погостить. В летние месяцы, когда печь не топили, приступов не было, но как только начинали топить печь, приступы возобновились, возникая даже при открытой на всю ночь печной трубе. Приступы появлялись и в случаях нарочитого прекращения топки печи. Фармакологическое лечение оказалось безрезультатным.

Применена психотерапия. Больная оказалась хорошо гипнабильной; три сеанса гипносуггестивной терапии с внушением: «Вы здоровы, ночные головные боли больше не возникают, вы всю ночь спите спокойно!» устранили весь синдром. Больная оставалась под наблюдением в течение 6 месяцев, рецидивов ночных головных болей не наблюдалось.

У данной больной имел место патологический условный рефлекс на фактор времени, образовавшийся на основе отравления угарным газом. Патологический условный рефлекс на фактор времени мы наблюдали еще в форме приступа болей в брюшной полости с дисфункцией кишечника. Речь идет о больном Ш., у которого этот рефлекс возник в день пожара, когда он пережил чрезмерное волнение, сопровождавшееся болезненной дисфункцией кишечника.

В заключение отметим, что в ряде случаев бывает важно отдиференцировать неврозы, возникшие по механизму патологического условного рефлекса, от неврозов, обусловленных наличием больного пункта в коре головного мозга.

При возникновении изолированных корковых пунктов механизм болезненного состояния состоит, по словам И. П. Павлова, «именно в нарушении равновесия между противоположными процессами: слабнет значительно и преимущественно то один, то другой процесс» (разрядка наша.— *К. П.*)[1]. В силу этого «...прикосновение к этим пунктам адэкватными раздражителями ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторной деятельности»[2].

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 461.

[2] Там же, стр. 374.

В основе такого больного пункта обычно лежит стойко зафиксировавшийся очаг концентрированного возбуждения, длительно сохраняющийся вследствие изолирующей его зоны отрицательной индукции, обусловливающей патологическую инертность раздражительного процесса. По этой причине он проявляется непрерывно и повседневно, давая на любые приходящие к нему раздражения одну и ту же свойственную ему патологическую реакцию. Таким образом, больной пункт коры мозга — это пункт с хронически нарушенной деятельностью.

В основе же патологического условного рефлекса лежит закрепившаяся условнорефлекторная связь между индиферентным раздражителем и патологической реакцией организма.

Поэтому мы полагаем, что для целей диагностики и терапии невротических заболеваний важно разграничить механизмы образования больного пункта и патологического условного рефлекса.

ЭНДОКРИННЫЕ ПЕРЕСТРОЙКИ ОРГАНИЗМА

Мы уже рассматривали вопрос о влиянии словесного внушения на функциональные сдвиги в высшей нервной деятельности, обусловленные различными эндокринными перестройками физиологического порядка. Мы отмечали, что нарушения высшей нервной деятельности легко могут возникать именно в условиях той или иной происходящей в организме эндокринной перестройки, влекущей за собой снижение тонуса коры мозга.

Нам часто приходится наблюдать возникающие на этой почве невротические заболевания, развивающиеся чаще всего в острой форме. Приведем несколько наблюдений.

1. Больная К., 38 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли и страх, на несвойственную ей повышенную раздражительность, плохой сон, боязнь сойти с ума, а в связи с этим волнение за полноценность своей психики. До того считала себя уравновешенной, здравомыслящей, волевой, выносливой, трудоспособной. Болеет несколько месяцев, трудоспособность снижена.

Путем анамнестической беседы выяснено, что состояние навязчивости началось, когда она хлопотала о своей знакомой, заболевшей психически (консультации с врачами, хлопоты по определению в психиатрическую больницу и т. д.), но она не склонна видеть в этом причину своего состояния, так как относилась к заболеванию знакомой относительно спокойно, «по-деловому», и душевное состояние заболевшей не производило на нее какого-либо сильного впечатления. Однако при более углубленном расспросе выяснилось обстоятельство, позволившее, как нам кажется, правильно подойти к генезу ее состояния навязчивости (что подтвердилось успехом последующей психотерапии). Было выяснено, что заботы о знакомой совпали с днями менструации у больной, а кроме того, были связаны с усталостью и недосыпанием. Совокупность этих факторов не могла не вызвать снижения тонуса коры мозга, на которую, как дальше выяснилось, падали слова близких и знакомых, все время предупреждавших ее, что «от постоянного общения с душевнобольными она сама может психически заболеть». Все это говорило в пользу образования навязчивого страха по физиологическому механизму внушения.

Больной был разъяснен физиологический механизм образования навязчивых мыслей и необоснованность ее тревоги за состояние своей психики, что ее совершенно успокоило. Навязчивые мысли и страх сойти с ума удалось устранить тремя сеансами психотерапии, проведенной в дремотном состоянии. Больная уехала вполне успокоившейся, дальнейшая ее судьба нам неизвестна.

Если в приведенном примере патогенез был связан с днями менструации, то следующее наблюдение свидетельствует об отрицательном влиянии на высшую нервную деятельность, оказываемом при определенных условиях состоянием беременности.

2. Больная Н., 41 года, обратилась с жалобой на навязчиво преследующую ее боязнь всяких разговоров о кражах, так как при этом у нее тотчас же является мысль, что «виновницей данной кражи является она». При всяком упоминании о краже больная бледнеет, теряется, начинает дрожать, ощущает звон в ушах. Боится читать газеты из опасения, что встретит там заметку о краже. Перестала бывать в обществе во избежание случайных разговоров о краже. Во власти этой фобии находится 8 лет.

Выяснилось, что в 33-летнем возрасте, на VI месяце беременности, она гостила у своей свекрови. В доме случилась пропажа денег. Когда начались поиски, деньги были обнаружены в ее рукодельной работе, куда были подброшены похитившей их девочкой, страдающей клептоманией,— племянницей свекрови. В связи с этим больная перенесла много тягостных переживаний, после чего и развилась указанная фобия. Рациональная психотерапия не дала успеха, так как разговор о причине заболевания еще более волновал больную. Шесть сеансов психотерапии во внушенной дремоте устранили фобию.

Следующее наблюдение является более сложным по своей клинической картине, но столь же эффективным в отношении результатов лечения.

3. Больная Р., 44 лет, приведена к нам в тяжелом депрессивно-тревожном состоянии, с бредоподобными ипохондрическими мыслями, мучает «страх неизбежной смерти». Держась за запястье левой руки, со слезами на глазах, заявляет, что «сердце остановилось, пульса не слышно, пришел конец!» и т. п. Совершенно не контактна, на обращение к ней не реагирует, твердит одно и то же: «Мне плохо, ведь сердца нет, оно остановилось!» и т. п. Находится в двигательном возбуждении, проявляет отчаяние, уверяет, что у нее «опухли кишки», что они «тверды как камень!». Разъяснения и убеждения безрезультатны.

По словам ее сестры, дома все время находится в таком же состоянии возбуждения и тревоги; постоянные слезы, бессонница, упорный отказ от еды, пища ей противна: «если буду есть — будет хуже!» Общения с людьми не избегает, так как «одной оставаться страшно»; в обществе же говорит исключительно о своей болезни, при этом, не стесняясь пола и возраста, обнажает свой живот и просит его ощупать, чтобы убедиться в наличии опухоли. Своим поведением измучила своих близких, из дома никуда не выходит, считая себя слабой настолько, что по дороге ей «будет плохо и упадет в обморок». В больницу ехать не хотела, боясь умереть вне дома. Менструации прекратились 3 месяца назад, а в предыдущие месяцы были скудными и нерегулярными. Наблюдались явления вегетативной дистонии — угнетенное состояние, общая слабость, расстройство сна, быстрая утомляемость во время работы, приступы сердцебиения, бывали жалобы на боли в молочных железах, прощупывалось их уплотнение. Все это ее тревожило и волновало, но все же она могла продолжать свою работу.

Такое ипохондрическое, бредоподобное состояние стало развиваться $1^1/_2$ месяца назад: во время работы почувствовала неприятное ощущение в животе, что ее очень встревожило. Начав ощупывать живот, ощутила биение аорты и, решив, что это опухоль, сильно испугалась. После этого дня наступили постоянные тревоги и волнения, ночи без сна, на работе плачет, угнетенно-тревожное состояние. Укрепилась мысль об опухоли в животе. Поликлиникой направлена в психиатрическую клинику, но предварительно была приведена к нам.

Для успокоения больной применено мотивированное внушение во внушенном сне. Больная быстро уснула, первый сеанс вызвал общее успокоение. Последующие семь сеансов привели к прогрессирующему улучшению. Через 2 недели после лечения больная вышла на работу. В дальнейшем проявлялись лишь обычные явления климактерической вегетативной дистонии и черты тревожно-мнительного характера, не мешавшие ей продолжать работу. Последние сведения о ней имелись через 5 лет после выздоровления: она здорова, энергична, весела, очень общительна, трудолюбива и трудоспособна, любит свое дело, но несколько мнительна.

Мы полагаем, что положительный эффект психотерапии доказывает психогенную природу реактивно возникшего ипохондрического психотического состояния, развившегося по физиологическому механизму самовнушения у больной, повидимому, принадлежащей к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, сниженному в периоде эндокринной перестройки (климакс).

Нам кажется, что приведенные примеры могут служить иллюстрацией повышенной ранимости высшей нервной деятельности у некоторых лиц во время происходящей в организме эндокринно-вегетативной перестройки физиологического характера.

ПОВЫШЕННАЯ ВНУШАЕМОСТЬ И САМОВНУШАЕМОСТЬ

Мы уже говорили, что, согласно учению И. П. Павлова, внушаемость основана на легком переходе корковых клеток в тормозное состояние разорванности в деятельности коры.

Приведем некоторые примеры

1. Больная С., 20 лет, считает себя соматически здоровой во всех отношениях. По свидетельству врачей, в течение некоторого времени отличалась «крайне повышенной лабильностью кожной трофики», а также значительной самовнушаемостью, что проявлялось у нее в форме различных, легко возникавших психогенным путем, тканевых реакций. Так, однажды, когда одна из больных стационара на обходе пожаловалась на сыпь, появившуюся на предплечье, у нее через несколько часов на том же месте предплечья появилась сыпь аналогичного характера (в виде urticaria). Такие явления тканевой реакции, развивавшейся по физиологическому механизму самовнушения, при аналогичных условиях возникали у нее неоднократно. В данном случае имело место повышенное самовнушение, осуществлявшееся через зрительный анализатор и связанное с различными нарушениями тканевой трофики.

Как было выяснено, за несколько месяцев до этого больная перенесла весьма сильную психическую травму (незаслуженный выговор по службе, перевод на другую работу и вследствие этого вынужденный разрыв с любимым ею человеком, от которого она была беременна).

Повидимому, психическая травма, нанесенная во время беременности, привела к резкому падению тонуса коры мозга, способствующему развитию крайне обострившейся внушаемости и самовнушаемости, а также к значительному повышению лабильности тканевой трофики в форме вегетативного имитационного рефлекса.

2. Больная Р., 42 лет, поступила с жалобами на бессонницу и глубокие переживания, связанные с потерей мужа, болезнь и смерть которого она тяжело перенесла. До этого была вполне здорова, отличалась бесстрашием и сильной волей и, повидимому, принадлежала к сильному и уравновешенному типу нервной системы. При этом больная сообщила, что вскоре после смерти мужа с ней произошел следующий необычный случай кож-

ной болевой реакции: работая на производстве, она была свидетельницей, когда одному из работающих был нанесен тяжелой чугунной деталью сильный ушиб правой руки в области лучезапястного сустава. При этом она увидела кровь, разволновалась. А через несколько минут почувствовала сильную боль в том же самом месте своей правой руки, продолжавшуюся в течение нескольких часов.

Повидимому, ее центральная нервная система, ослабленная тяжелыми переживаниями, связанными с потерей мужа, также была приведена в такое состояние крайне обострившейся внушаемости и самовнушаемости, при котором у нее могла с особенной легкостью воспроизводиться картина эмоционально окрашенного имитационного рефлекса. Как можно думать, здесь имело место воспроизведение болевого рефлекса по механизму самовнушения.

В литературе описаны аналогичные случаи. Так, В. А. Манассеин (1877) приводит следующее наблюдение.

Мать видела, как тяжелая рама упала на ручку ее ребенка и оторвала три пальца. Все это настолько парализовало ее, что она продолжала неподвижно сидеть и смотреть на ребенка. Это продолжалось до тех пор, пока явившийся врач не сделал перевязку ран у ребенка и не обратился к ней. К удивлению всех присутствовавших, у матери оказались воспаленными и опухшими те три пальца, которые у ребенка были отрезаны ударом рамы, хотя до этого ее пальцы были совершенно здоровы.

3. У больной М., 37 лет, признаки крайне обостренной самовнушаемости проявлялись в следующем. При обходе профессор сообщил ей, что у нее зондом будут брать желудочный сок. После этого у больной тотчас же наступил сильный приступ рвоты. В дальнейшем она узнала, что у предыдущей больной, лежавшей на ее койке, была чесотка; в тот же день у нее возникла боязнь, что и у нее может быть то же самое, в результате чего у нее появились волдыри и сыпь между пальцами рук. После соответствующего разъяснения и убеждения, сделанного лечащим врачом, сыпь к вечеру того же дня исчезла. Больная рассказывала, что, будучи в Ессентуках, она принимала ванну и у нее возникло сомнение в чистоте ванны. Тотчас же по всему телу появилась сыпь, которая сохранялась в течение 10 дней, а затем исчезла.

4. Больной К., 25 лет, однажды рассматривал на выставке медицинских препаратов экспонаты муляжей кожных опухолей и высыпаний при венерических заболеваниях и у него возникла мысль, что он «тоже может быть заражен!». Часа через 3—4 после этого у него стала распухать рука, в том же самом месте, как это было на муляже. В тревоге он направился к врачу, но не застал его. Во время поисков другого врача мысль о заражении ослабла, а когда он, вернувшись домой, лег отдыхать, то после пробуждения убедился в том, что опухоль исчезла.

Нужно сказать, что в таких случаях в реализации самовнушения существенную роль играют вызвавшие его напряженные эмоциональные переживания (испуг, смущение, тревога, брезгливость и т. п.), причем по механизму самовнушения могут возникать не только местные вегетативные расстройства, но даже сложные вегетативно-эндокринные перестройки, как это имеет место, например, в случае самовнушенной беременности.

В заключение приводим наблюдение, когда навязчивый невроз получил форму сложного кинэстезического синдрома, образовавшегося на основе оживления следовых реакций.

5. Больная К., 20 лет, обратилась к нам с жалобами на непреодолимое стремление воспроизводить звуки собачьего лая, а также на постоянное чувство тревоги, замирания сердца, боязнь оставаться одной в комнате

(так как «лаяние» при этом усиливается), вестибулярные явления при езде в трамвае, плохой сон и запоры. Заболела месяц назад, после того как была крайне напугана укусившей ее собакой. В состоянии этого острого переживания вспомнила о слышанных ею когда-то словах: «Укушенные собакой сами начинают лаять!» Вслед за этим и развилось неудержимое постоянное «лаяние», что вынуждало ее отказываться от всякого общения с людьми. Лечебные мероприятия (фармакотерапия, ванны, электротерапия) безрезультатны, так же как и разъяснения и убеждения авторитетных врачей.

Острая отрицательная эмоция, обусловленная лаем и укусом собаки, привела у данной больной к длительной астенизации коры мозга, а отсюда и к резкому усилению самовнушаемости. При этом в рече-двигательной зоне коры мозга на основе самовнушения возник очаг застойного возбуждения, проявляющийся в виде неодолимо возникающих двигательных реакций, воспроизводящих звуки собачьего лая.

Несколькими сеансами внушения во внушенном сне указанный синдром навязчивого невроза был радикально устранен: исчез навязчивый «лай», восстановились преморбидная жизнерадостность, нормальный ночной сон, исчезли вестибулярные явления, замирания сердца, запоры. Уехала здоровой. Безрецидивный катамнез в течение 25 лет.

Из всего сказанного мы видим, что как повышенная внушаемость, так и явления самовнушения при пониженном тонусе коры мозга легко могут получить значение фактора, крайне облегчающего возникновение и развитие невроза. И потому при анализе этиологии и патогенеза невроза они также должны быть в сфере пристального внимания врача.

ЗНАЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ВТОРОСИГНАЛЬНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ

Как известно, очень многие раздражения, падающие на кору мозга человека в период его бодрствования, не получают сразу своего отражения в тех или иных актах высшей нервной деятельности и сохраняются в виде следов. Однако некоторые из этих бесчисленных раздражений, особенно если они эмоционально окрашены, т. е. связаны с зарядкой из подкорки, при благоприятных условиях, например, в переходном фазовом состоянии коры мозга, как бы внезапно оживляясь, вдруг вновь начинают оказывать свое воздействие на корковую динамику.

Все это происходит вследствие того, что в корковых центрах сохраняются следы прошлых раздражений. Эти следы выявляются, как только наступает ослабление тормозящего действия коры больших полушарий на подкорковые центры. Оживление следовых процессов таким путем вполне возможно, так как, по учению И. П. Павлова, подкорка является источником энергии для всей высшей нервной деятельности, а кора мозга играет роль регулятора подкорки, тонко направляя и сдерживая ее.

Во время оживления следов только что пережитого между следовыми процессами может происходить замыкание новых временных связей у человека, обычно относящихся уже к сфере второсигнальной деятельности. Таким образом, создаются условия для образования новых корковых динамических структур, нередко прочно фиксирующихся, а вследствие этого приобретающих способность влиять на весь ход высшей нервной деятельности.

Как известно, вторичная второсигнальная переработка играет в физиологии высшей нервной деятельности человека весьма важную роль. В частности, она лежит в основе *осмысливания* пережитого или воспринятого. При этом иногда могут создаваться такие условия корко-

вой динамики, при которых явление вторичной второсигнальной переработки дает начало образованию патологических динамических структур, т. е. может приобретать определенную патогенетическую значимость.

Вместе с тем по тому же физиологическому механизму второсигнальной переработки нередко происходит развитие явлений самовнушения. Возникающие в этих условиях временные связи обычно находятся в отрыве от явлений реальной действительности и поэтому неадэкватно влияют на корковую динамику.

Приводим несколько наблюдений.

1. Больной М., 28 лет, сообщил нам, что месяц назад у него рентгеноскопически было обнаружено патологическое изменение верхушки правого легкого «в виде очаговой тени, величиной со сливу». Отнесся к этому спокойно, был весел и здоров, как всегда, так как о затемнении верхушки легкого знал еще 2 года назад. Но через неделю после этого во время засыпания у него внезапно возникла мысль, что если «процесс уже идет дальше и скоро начнется гниение». Он сразу испугался, в испуге проснулся, но вскоре заснул снова. Однако с тех пор эта мысль приняла навязчивый характер: ощущает «сливу», тревожен, угнетен. Если до этого дня был спокоен в отношении своего здоровья и не думал о пораженной верхушке легкого, то теперь совершенно потерял покой.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии, во время которого была показана полная неосновательность его тревоги, причем был приведен ряд примеров развития у тревожно-мнительных людей подобного рода навязчивых мыслей и даже состояний. Явившись повторно через месяц, сообщил, что после этого сеанса его навязчивая мысль «побледнела, утратила свой непреодолимый характер» и он от нее освободился.

2. Больной К., 37 лет, обратился с жалобой на навязчивый страх умереть от паралича сердца, возникший у него 5 месяцев назад при следующих обстоятельствах. Однажды, уже приготовившись ко сну и лежа в постели, он прочел сообщение о внезапной смерти от паралича сердца артиста Щукина. Он лично знал Щукина, и это известие произвело на него очень сильное впечатление, что, однако, не помешало ему заснуть и спать, как всегда, спокойно. Но утром он еще не успел очнуться, как возникла острая мысль: «И я умру так же внезапно, как Щукин!».

С тех пор эта мысль приняла навязчивый характер, причем навязчивость была настолько сильна, что лишила его покоя и стала мешать работать. Боясь за свое сердце, о котором раньше никогда не думал, так как был совершенно здоров, пошел в больницу. Однако при рентгенологическом исследовании изменений не было найдено. Но диагноз «невроз сердца» его еще больше встревожил. Другой врач диагносцировал «миокардит». Прочитав статью о миокардите в Большой советской энциклопедии, он решил, что у него «быстро протекающий миокардит». На наше успокоительное разъяснение ответил: «понимаю абсурдность навязчивости, но не могу сдержаться и себя побороть!». После двух сеансов внушения во внушенной дремоте эта навязчивость была устранена.

Приходится нередко наблюдать случаи, когда возникновение навязчивости также связано с вторичной второсигнальной переработкой, но берет свое начало от содержания сновидения, оставившего после себя достаточно сильное впечатление. Содержание сновидений представляет, как известно, плод «небывалой комбинации бывалых переживаний» (И. М. Сеченов). И. П. Павлов считает, что сновидение является результатом «оживления первых сигналов с их образностью, конкретностью, а также эмоций, когда только что начинающимся гипнотическим состоянием выключается прежде всего орган системы вторых сигналов, как реак-

тивнейшая часть головного мозга, всегда преимущественно работающая в бодром состоянии и регулирующая и вместе с тем тормозящая до известной степени как первые сигналы, так и эмоциональную деятельность»[1]. Таким образом, содержание виденного сновидения само по себе, конечно, обратного воздействия на процессы высшей нервной деятельности оказывать не может.

Однако после пробуждения и в случае снижения аналитической деятельности коры содержание виденного необычного и яркого сновидения, входя во временную связь со следами прежних раздражений, может стать источником самовнушения и таким путем получить определенную патогенетическую значимость.

Приводим несколько наблюдений.

1. Больной З., 37 лет, поступил с жалобами на непреодолимый страх смерти, навязчивую мысль сойти с ума и на головные боли. Считает себя больным в течение $1^1/_2$ лет, с того дня, когда однажды ночью увидел очень яркое и поразившее его сновидение: к нему подошла одетая в белое женщина и торжественно произнесла: «Я смерть, я ухожу, но через 2 часа вернусь!». Проснувшись, больной тотчас же разбудил жену и рассказал ей содержание сновидения. Жена взволнованно зажгла свет, посмотрела на часы и, ожидая пока пройдут эти 2 часа, не тушила света. Через 2 часа больной на 1—2 секунды потерял сознание, у него похолодели руки и ноги и он решил, что виденное им сновидение «имеет роковой характер». С того дня ему стали сниться кошмарные сновидения. По этому поводу кто-то ему многозначительно сказал: «Если через 3 дня сновидение не сбудется, то через год сбудется обязательно!». В тревожном, угнетенном состоянии больной стал ожидать смерти через год. Это лишило его спокойствия как днем, так и ночью. Он считал себя обреченным, неизлечимо больным. Обращался за советами к врачам поликлиник, наслушался разных разговоров о возможных «роковых заболеваниях», хотя никаких признаков болезни у него не находили. Стал крайне мнителен, чего до этого никогда за собой не замечал: наоборот, был всегда уверен в себе, уравновешен, крепок и работоспособен. На фронте был танкистом, спиртными напитками не злоупотреблял, наследственность без отягощений.

Проведено шесть сеансов мотивированных внушений во внушенном сне, что полностью устранило весь патологический синдром. Больной успокоился, стал попрежнему уверенным в себе. Находился под наблюдением в течение года; рецидивов не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

В этом случае содержание сновидения также было продуктом «небывалой комбинации бывалых переживаний». Истолковывая значение данного события, больной пошел по ложному пути. В силу этого произошла психическая травма с развитием в деятельности коры больного пункта, образовавшегося по механизму внушения и самовнушения. Диагноз — навязчивый невроз.

Таким образом, мы видим, что невротические заболевания могут возникать и на почве суеверий.

2. Больная Р., 63 лет, поступила в клинику неврозов в мае 1951 г. с жалобами на преследующую ее навязчивую мысль и навязчивое представление образа женщины, одетой в синее платье, которая зловещим голосом произносит одну и ту же фразу: «Ты умрешь от разрыва сердца!». Это сильно пугает больную, у нее появляется ощущение толчка в сердце, затем чувство сжатия головы. Эти навязчивые мысли и представления в высшей степени неприятны больной, она стала непродуктивно работать,

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 392.

перестала справляться с домашним хозяйством, появились мысли о самоубийстве. Пытается отвлечь себя от этих мыслей, относясь к ним критически, тем не менее самостоятельно избавиться от них не может. Незначительное, кратковременное облегчение испытывает только после сна.

Считает себя больной в течение последних 4 лет, заболевание связывает со сновидением, в котором видела женщину, одетую в синее платье, сказавшую ей внушительным голосом: «Ты умрешь от разрыва сердца!». Проснулась утром с резкими колющими болями в области сердца, страхами, тревогой и навязчивой картиной только что виденного сновидения. В тяжелом состоянии была помещена в клинику неврозов, где находилась в течение месяца (сентябрь 1948 г.). После психотерапевтического лечения выписана в хорошем состоянии. Чувствовала себя удовлетворительно до марта 1951 г., хотя неуверенность оставалась и навязчивые мысли и представления о виденном ею сновидении бывали. В марте 1951 г. внезапно умер зять. В течение недели он казался ей живым. А затем с большой яркостью вновь всплыли те навязчивые мысли, которые беспокоили ее в 1948 г.

При анализе механизма образования сновидения удалось выявить следующее: 25 лет назад больная была у одной «знаменитой» гадалки, которая, посмотрев на карты, сказала ей внушительным голосом: «Ты умрешь от разрыва сердца! У тебя сердце, как паутинка: раз — и тебя нет!» В первый момент больная доказывала гадалке, что у нее сердце здоровое и нет оснований ей опасаться. На это последняя ей ответила очень веско: «Если сейчас здоровое, то будет больным, так как я никогда в своих пророчествах не ошибаюсь!».

Выйдя от гадалки, больная впервые почувствовала ощущение сжатия в области сердца, общую слабость и беспокойство. С трудом добралась домой и с того времени в течение месяца плохо спала ночью, постоянно думая о смерти. По ее словам, тогда же обратилась к врачу-психиатру, который путем сеансов психотерапии в легком дремотном состоянии облегчил ее страдания. Следует отметить, что больная считает себя чрезвычайно мнительной: «Ко мне липнет все, как к воску»,— говорит она о себе. «Из-за этой роковой встречи с гадалкой я прожила, как в тумане, 25 лет!».

В первые дни пребывания в клинике у больной отмечалось отсутствие аппетита, сон расстроен, настроение резко подавленное. После проведенных шести сеансов внушения во внушенном сне появился аппетит, нормальный сон, стала значительно спокойнее, исчезла тревога и беспокойство. Навязчивые представления значительно реже и менее ярко выражены. К концу пребывания в клинике включилась в трудовые процессы, выписана с улучшением, в дальнейшем была под нашим наблюдением в течение полутора лет; рецидивов не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

У данной больной имела место психическая травма, нанесенная гадалкой, зафиксировавшаяся в форме больного пункта, стойко сохранявшегося *в течение 25 лет и устраненного лишь путем ряда сеансов психотерапии*, проведенных во внушенном сне.

3. Больная Д., 41 года, обратилась с жалобами на плохое самочувствие, головные боли и на непреодолимый навязчивый страх: «Как бы мать не повесилась!». Возникновение своего заболевания связывает со сновидением, в котором она видела свою мать повесившейся; при этом уже во сне у больной возникла судорожная реакция. Содержание сновидения было провоцировано брошенными однажды матерью в пылу раздражения словами: «Вот возьму и повешусь!».

Следует отметить, что в тот момент слова матери никакого впечатления на нее не произвели, поскольку в действительности у матери суицидальных тенденций не имелось. Однако спустя некоторое время у больной возникло указанное сновидение, содержание которого, как мы видим,

явилось продуктом фиксации слов матери (деятельность второй сигнальной системы) и конкретного зрительного образа, возникшего в сновидении (первая сигнальная система). Это в свою очередь путем вторичной фиксации привело к развитию невроза навязчивости. Проведено два сеанса разъяснительной психотерапии в бодрствующем состоянии с обстоятельным разбором развития хода событий и разъяснением полной несостоятельности навязчивой идеи, что успокоило больную и освободило ее от навязчивости.

Итак, мы видим, что в основе явления вторичной переработки лежит возникновение и закрепление патологической временной связи между двумя очагами концентрированного (доминирующего в данных условиях) возбуждения. Один из них представляет собой продукт следовой реакции недавно происшедшего, свежего и притом достаточно мощного эмоционального возбуждения (т. е. с иррадиацией в подкорку), а другой — ассоциативно связанный с ним продукт следовой реакции прошлого второсигнального опыта. Такая корковая временная связь как бы приобретает характер косвенного внушения, так как при последнем пункт концентрированного возбуждения также лежит не только в сфере деятельности второй сигнальной системы, но распространяется и на первую сигнальную систему, т. е. образуется сложный очаг возбуждения.

ПУТИ АНАЛИЗА РАЗВИТИЯ НЕВРОЗА
(краткая схема)

Уже из клинического материала, приведенного в предшествующих главах, видно, что прежде, чем приступить к лечению неврозов, мы всегда предварительно проводим более или менее обстоятельную анамнестическую беседу. Мы всегда знакомимся, хотя бы в самых общих чертах, с высшей нервной деятельностью больного. Собирание анамнеза и соматическое обследование больного имеют целью определение *природы* заболевания (функциональное оно или же органическое) и детальное выяснение *причин и условий* его возникновения. И только после выяснения всех условий развития данного невротического заболевания мы прибегаем к тому или иному приему психотерапии.

Иногда вначале не удается выяснить конкретные условия психогенеза, однако, как показала практика, это не является препятствием к применению психотерапии, хотя бы и симптоматической, значительно облегчающей состояние больного и проведение подробного анамнеза.

Нужно иметь в виду, что больной не всегда помнит о действительном факторе, травмировавшем его психику в прошлом. Если он иногда и помнит причины заболевания, то часто неверно их толкует. Однако следы забытых раздражений при известных условиях могут быть воспроизведены вновь путем последовательного опроса самого больного, его близких и других свидетелей развития болезни. Кроме того, мы в некоторых случаях пользуемся автобиографией больного с подробным письменным изложением всех обстоятельств, связанных с событиями его жизни, которые могли травмировать психику.

Определенной категории больных следует объяснить предрасполагающие условия и механизмы заболевания. В таких случаях больные легче вспоминают имевшую место в ближайшем или отдаленном прошлом патогенетическую ситуацию.

Подробный анализ конкретных причинных факторов и патофизиологических механизмов заболевания является необходимым условием для эффективности последующей психотерапии. Таким образом, *расширенный и углубленный* анамнез является наиболее существенной

частью врачебного психотерапевтического подхода к больному. Этим не только предопределяется содержание психотерапии, но устанавливается положительное отношение, полное доверие к врачу, и необходимая в этих условиях откровенность больного в беседе с врачом.

Следует сказать, что большинство больных начинает свои жалобы с описания общих условий возникновения заболевания. Обычно больной излагает события не в последовательности их развития, а в виде общего несвязного перечня различных обстоятельств. Чаще всего делаются попытки начать с изложения причин заболевания. Поэтому мы оказываем больному помощь, предлагая излагать ход событий последовательно, по календарному плану, по возможности указывая даты и ту роль, какую эти события играли в его жизни.

Опрос больного мы стараемся вести в следующих основных направлениях:

1) жалобы больного, его переживания, его самочувствие, иначе говоря, знакомимся с «внутренней картиной болезни»;

2) время возникновения и длительность заболевания;

3) условия развития заболевания, в частности, характер травмировавших психику факторов, их конкретное содержание, отношение к ним больного;

4) проведенное ранее лечение и его результаты;

5) преморбидное состояние больного.

ГЛАВА XIX

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЗОВ

...кроме прирожденной почвы, неизбежны случаи нестойкой, ломкой нервной системы, порожденные несчастными событиями в жизни: травматическими повреждениями, инфекцией, интоксикацией и сильнейшими жизненными потрясениями.

И. П. Павлов

Переходим к рассмотрению наиболее характерных разновидностей невротических заболеваний, составляющих центральное ядро клиники неврозов. Ограничимся более или менее детальным разбором лишь некоторых из приводимых примеров, представляющих, как мы думаем, наибольший интерес, в частности, в отношении эффективности проведенной психотерапии.

НАВЯЗЧИВЫЙ НЕВРОЗ

Наиболее обширную группу невротических заболеваний составляет навязчивый невроз, выражающийся в виде различных навязчивых состояний, влечений или движений. Сюда входят навязчивые идеи (обсессии) и представления, неодолимые движения, влечения или действия (поступки), психогенные тики, неодолимые страхи (фобии) и пр.

Приступая к рассмотрению вопроса о психотерапии этого рода заболеваний, необходимо прежде всего отметить существующее ошибочное представление о том, что навязчивые мысли или представления, навязчивые страхи и пр. свидетельствуют о наличии психастении. В силу этого они якобы не поддаются излечению, а психотерапия здесь ничего дать не может. Позволяем себе, основываясь на наших наблюдениях, внести в этот вопрос некоторую ясность.

Прежде всего мы должны подчеркнуть, что указания на неизлечимость невроза навязчивости являются вполне справедливыми лишь в отношении «чистой» ипохондрии (Н. Н. Зотина)[1] или навязчивости при процессуальных психозах. В данном же случае речь идет о неврозах, т. е. функциональных нарушениях высшей нервной деятельности, притом тех из них, которые проявляются в виде тех или иных навязчивых состояний. В основе их,

[1] Цит. по Н. П. Татаренко (1951).

как известно, может лежать или больной пункт коры, или прочно зафиксировавшаяся патологическая динамическая структура.

Отметим, что развитие навязчивого невроза может быть обусловлено сниженным положительным тонусом коры мозга и наличием чрезмерных по силе или же беспрестанно повторяющегося раздражения одних и тех же корковых клеток, приводящего к развитию в них патологической застойности раздражительного процесса. Это влечет за собой, как говорит И. П. Павлов, «чрезмерно, незаконно устойчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным, общеприродным и специально-социальным *отношениям человека»*. А *отсюда и приводит* его «в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми, а прежде всего, конечно, с самим собой»[1].

Как известно, физиологические механизмы развития навязчивого невроза были в свое время выявлены И. И. Филаретовой (лаборатория И. П. Павлова), а также М. К. Петровой (1946) (в экспериментах на собаках). Последняя отметила, что пока нервная система находится в равновесии, эти явления не обнаруживаются: они проявляются лишь под влиянием тех или иных истощающих моментов, когда «резко ослабевает более лабильный, более слабый по сравнению с раздражительным тормозной процесс». С усилением же ослабленного тормозного процесса, с полным восстановлением нервного равновесия эти явления исчезают.

Отметим, что указанные выше модельные опыты на животных с полной очевидностью свидетельствуют, что психастения, о наличии которой у животных *речи быть не может*, *совсем не обязательна* для развития навязчивости. Это тем более существенно также потому, что И. П. Павлов, говоря о патологической инертности, лежащей в основе состояния навязчивости, отмечает, что «*едва ли в этом отношении* можно что возразить против законности переноса заключения от животного к человеку»[2].

Таким образом, навязчивые состояния могут развиваться у людей с различными типами нервной системы (слабыми и сильными), если только их нервная система ослаблена перенесенным заболеванием. Поэтому при постановке диагноза всегда необходимо четко диференцировать, имеется ли психастения как таковая или развивающийся процессуальный психоз, или же чисто реактивный навязчивый невроз, возникший в результате пережитой психической травмы. Последний И. П. Павловым выделен как самостоятельное заболевание. У лиц мыслительного типа навязчивый невроз дает психастеническую симптоматику, в то время как у лиц художественного типа обычно он отличается выраженной истерической симптоматикой.

Навязчивые состояния могут иметь место при различных общих неврозах, на что указывают В. М. Бехтерев, Ю. К. Белицкий (1906), С. Н. Давиденков (1948, 1952) и др.

Приводим примеры, освещающие картину навязчивого невроза в различных ее клинических проявлениях, так же как и результаты психотерапии.

1. Больной С., 51 года, в 1931 г. обратился с жалобой на *непреодолимую боязнь глубины*, возникшую у него 16 лет назад после непривычной для него быстрой езды на автомобиле по Крымскому высокогорному шоссе, во время которой он несколько часов находился в состоянии «крайнего эмоционального напряжения», испытывая сильный

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 408—409.

[2] Там же, стр. 411.

страх, что машина «свалится с огромной высоты вниз». Этот страх глубины зафиксировался, стал стойким, приобрел инертный характер, сохраняясь в течение многих лет и мешая ему в его работе. С этого времени не может спокойно подниматься по лестнице выше второго этажа, особенно если окна на лестничных площадках открыты, причем особенно боится вида лестничных пролетов, так как «какая-то неодолимая сила тянет броситься вниз!» Вследствие этого «постоянно испытывает плохое настроение и самочувствие». В течение последних 2 лет все описанные явления несколько ухудшились, причину ухудшения установить не удалось.

Психотерапия в бодрствующем состоянии успеха не имела. Проведено семь сеансов психотерапии, причем первые два сеанса в дремотном состоянии, остальные — во внушенном сне. Таким путем все явления фобии глубины были полностью устранены. Оставался под наблюдением 2 года. Катамнез положительный, рецидивов нет (наблюдение Н. М. Зеленского).

В данном случае (как и во многих аналогичных) фобия глубины возникла и упрочилась в условиях перенапряжения тормозного процесса. Все это вполне отвечает данным С. К. Петровой, согласно которым характер фобии глубины, развивавшейся у ее подопытных собак, «имел свое основание в предшествовавших нервных травмах».

Как отмечает И. П. Павлов, в основе развития фобии глубины лежит то, что «можно назвать *истязанием тормозного процесса*»[1].

Невротические заболевания человека, обусловленные «трудной встречей», приводящей к возникновению патологической *инертности* тормозного процесса, встречаются в форме непреодолимых фобий другого рода — боязни простуды, загрязнения (мизофобия), боязни заразиться, сойти с ума и т. д.

2. Больная З., 42 лет, обратилась с жалобами на крайне угнетенное состояние и *неодолимое влечение к самоубийству путем повешения*, вследствие чего у нее возникла навязчивая боязнь крючков, веревок, полотенец и т. п. Борьба с этим влечением бывает столь сильной, что иногда заканчивается обморочным состоянием. За несколько дней до возникновения описанного влечения слышала во время своей работы рассказ одной сотрудницы о недавно повесившейся женщине, причем сотрудница была свидетельницей случившегося и все это весьма ярко передавала. Больная отнеслась к рассказанному спокойно, но дня через 3 проснулась на рассвете в состоянии «какой-то внутренней тревоги» и, не вполне очнувшись от сна, встала и, сделав один шаг, увидела лежавшее на стуле полотенце. Тотчас же у нее явилась мысль о том, чтобы «сделать петлю и повеситься!» Сильно испугалась, и с этого дня ее не покидала мысль повеситься.

Ввиду того что остро зафиксировавшаяся суицидальная идея, возникшая по механизму вторичной переработки, упорно продолжала держаться в течение нескольких дней, был поднят вопрос о помещении больной в психиатрическую клинику. Но больная и муж ее ответили решительным отказом. В связи с этим, предупредив мужа о необходимости домашнего надзора за больной, мы применили в амбулатории диспансера психотерапию во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом. Больная оказалась хорошо гипнабильной, и после двух таких сеансов навязчивое суицидальное влечение было полностью устранено, сменившись обычным спокойным состоянием. Через $1^1/_2$ месяца, сохраняя попрежнему спокойствие и уверенность в себе, больная демонстрировалась в

---

[1] И. П. Павлов, *Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных*, 1951, Медгиз, стр. 466.

институте на республиканском совещании психиатров (наблюдение А. А. Соседкиной).

3. Больная Д., 34 лет, обратилась с жалобой на навязчивую боязнь загрязнения (мизофобия): руки моет бесчисленное число раз в день, так как малейшее прикосновение к вещам тотчас же вызывает «ощущение загрязнения» и непреодолимое стремление вымыть руки. Наряду с этим, предъявила жалобы на угнетенное состояние, апатию, понижение жизненных интересов и чрезмерную раздражительность, которую вызывает у нее не только общение с ее близкими, для которых она «стала невыносимой», но и с сослуживцами.

Боязнь загрязнения доходит до того, что приготовление пищи не доверяет даже своей матери. Пищу варит обычно долго, вплоть до полного разваривания мяса. Перед тем как пользоваться уборной, совершает длительный санитарно-гигиенический ритуал: предварительно кто-либо из ее близких должен вымыть не только унитаз, но и стены, пол, ручку двери и т. д. Уборной пользуется с мучительной для нее предосторожностью, тревогой, раздражением и потребностью мыть руки, чистить платье и т. п. Больная не может пить воду в каком-либо «грязном», по ее мнению, помещении (где сложено грязное белье, из крана, близко находящегося к уборной, и т. п.). Подготовка к еде также сопровождается длительным санитарно-гигиеническим ритуалом. Кроме того, у нее с детства наблюдается частая рвота, возникающая независимо от приема пищи, например, от неприятных запахов, от вида загрязненных мест. Все это (боязнь прикосновений, загрязнения и заражения, навязчивое мытье рук, рвота, тяжелое подавленное состояние) сделало ее невыносимой для самой себя и для окружающих, причем за последние 4 года болезненное состояние резко обострилось, повидимому, вследствие ряда вновь перенесенных тяжелых переживаний. Хождение по улицам для нее является мучительным, так как она все время должна быть настороже, чтобы ее взор или обоняние не подверглись нежелательным раздражениям, чтобы взор не упал на мусорный ящик и т. п.

Наследственность не отягощена, родилась здоровой, нервной себя не считала, была работоспособна, в семейной жизни счастлива; в происхождении этих явлений навязчивости не отдает себе отчета. Путем подробного расспроса удалось установить, что рвота у нее началась с 8-летнего возраста, с того момента, когда она, по ее словам, «увидела кусок кала в тарелке борща», сваренного ее матерью. Ее стошнило и она упала в бессознательном состоянии.

До этого случая девочка была очень брезгливой к еде из-за нечистоплотности матери, что резко контрастировало с чистотой в доме ее подруги.

После случая с борщом у нее стала появляться тошнота и рвота по механизму временной связи, т. е. возник патологический условный рвотный рефлекс. Постепенно развившееся состояние навязчивого страха загрязнения резко истощало ее нервную систему и обусловливало тяжелое нервно-психическое состояние. Она безрезультатно лечилась в поликлиниках, в неврологическом кабинете Украинского психоневрологического института, где ставился диагноз психастении. Однако это лечение оставалось безрезультатным. Наконец, с течением времени она потеряла всякую способность бороться «со своей нелепой брезгливостью», что и заставило ее обратиться в психотерапевтическое отделение института.

Больной разъяснена связь ее заболевания с условиями жизни, как и механизм *происхождения рвоты и других симптомов* ее заболевания. Однако эти разъяснения ее не успокоили. Поэтому в следующие ее посещения было применено мотивированное внушение в дремотном состоянии.

Первые два сеанса не дали заметных результатов, но после 3-го сеанса она почувствовала резкое улучшение. После 11-го сеанса психотерапии весь описанный синдром исчез, она возвратилась к нормальной жизни и стала бодрой и веселой. В течение последующих 5 лет чувствовала себя совершенно здоровой. Через 5 лет после излечения демонстрировалась на конференциях врачей диспансера и психотерапевтического отделения института. При этом заявила, что «о своей бывшей болезни вспомнила лишь накануне конференции, когда к ней явился врач с просьбой притти в диспансер на заседание». По полученным сведениям за 12 лет рецидивов не было.

У данной больной имел место навязчивый невроз, выражающийся в виде боязни загрязниться (мизофобия), что приводило к навязчивым актам поведения. С помощью нескольких сеансов внушения в дремотном состоянии такое состояние было полностью устранено, после чего поведение больной полностью нормализовалось. В данном случае были вскрыты конкретные причины и условия развития невроза, правильность чего подтверждалась успехом последующей терапии.

Приведем наблюдение, интересное в том отношении, что оно освещает условия развития того патологического явления из серии навязчивых влечений, которое в психиатрии известно под названием клептомании. Оно выражается в неодолимом влечении к похищению тех или иных предметов, притом без какого-либо стремления утилизировать в свою пользу похищенное. Как известно, для этой формы патологической навязчивости специфично стремление не столько к обладанию предметом, сколько к совершению самого акта похищения. Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют, что в этих случаях обычно имеет место несоответствие между ценностью похищаемого предмета и материальной обеспеченностью похитителя.

В прошлом этот вид навязчивости, как и все виды навязчивого невроза, в психиатрии причислялся к «дегенеративным» явлениям с неясным генезом, предсказание было неблагоприятным, лечебные меры отсутствовали. Известны из литературы, а также наблюдались нами случаи самоубийства интеллигентных и обеспеченных лиц из-за безуспешности их борьбы с этой навязчивостью, идущей вразрез с их этическими представлениями. Приведем один из них с целью подчеркнуть несостоятельность представлений прежних психиатров, воспитанных на ложных вейсманистско-морганистских концепциях.

4. Больной А., 11 лет, доставлен в диспансер управляющим домом, услышавшим крики мальчика, когда его била мать: «За воровство не бей меня! Я не хочу воровать, но не могу не воровать!» Соседями установлено, что его воровство было бесцельным: похищенные им вещи он оставлял в сарае. В беседе с ним было выяснено, что воровать он начал с 6-летнего возраста под влиянием уличных товарищей, с которыми постоянно общался, причем по их наущению (иногда под угрозами избиения) тайком брал инструменты своего отца. Сначала делал это с тяжелым чувством, под влиянием страха быть избитым товарищами, потом втянулся. В дальнейшем влечение приняло форму клептомании. Наряду с этим, отмечалась лень к школьным занятиям, лживость, грубость, сквернословие. Педагогические воздействия безрезультатны.

После предварительной врачебной беседы с мальчиком проведено восемь сеансов внушений во внушенном сне. В результате этого больной исправился во всех отношениях, а в школе (по заявлению учительницы) по поведению стал одним из лучших учеников. Симптомы клептомании полностью устранены и не возобновлялись. В течение 4 лет находился под наблюдением. Катамнез оставался положительным.

Все это несколько освещает также физиологический механизм развития «клептомании взрослых», как известно, в свое время считавшейся «дегенеративной», а потому и неизлечимой формой заболевания.

Среди других разновидностей навязчивого невроза следует отметить различные навязчивые движения (тики, судороги), когда в основе их возникновения лежит психическая травма. По учению И. П. Павлова, все такого рода случаи «стереотипии скелетного движения» следует понимать как «выражение патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках, связанных с движением»[1].

Для врача представляет большой интерес вопрос о возможности *рецидивов* навязчивого невроза, в свое время устраненного словесным внушением. Наблюдая в течение многих лет больных после излечения навязчивого невроза, мы отметили, что рецидив синдрома навязчивости может зависеть от определенных физиологических условий и отнюдь не является показателем неправильно проведенного лечения.

Так, нам пришлось убедиться, что рецидивы, появлявшиеся через несколько лет после излечения, находились в зависимости от возникновения физиологического состояния, связанного со снижением тонуса коры мозга. При этом следы ранее образовавшихся корковых патологических динамических структур положительно индуцировались. Это были соматические заболевания, инфекционные или интоксикационные, эндокринно-вегетативные перестройки (главным образом у женщин — периоды беременности, лактационные, менструальные, климактерические), при которых кора мозга больных длительное время имела пониженный тонус. Такую же роль может играть всякая новая психическая травма.

1. Больной М., 54 лет, сангвиник, поступил в клинику неврозов в октябре 1935 г. с жалобами на головные боли, чувство неуверенности в себе, а главное, *боязнь острых и режущих предметов*: на ночь прячет все ножи и вилки. Это связано с навязчивым влечением «заколоть или зарезать свою семью — жену, дочь и сыновей, а затем что-либо сделать и с собой». Часто, обнаруживая какой-либо острый предмет, старается повернуть его острием книзу, сложить раскрытый перочинный нож и т. д. Чтобы затормозить это навязчивое влечение, иногда наносит себе легкую травму острым предметом, чем от своего патологического влечения на некоторое время освобождается. Не может оставаться на ночь с семьей из опасения, что ночью он «их всех заколет». Вследствие этого живет в 40 км от семьи, посещая последнюю лишь по выходным дням, тщательно скрывая от членов семьи истинную причину этого образа жизни. Это навязчивое влечение продолжается в течение 17 лет, причем начало его относится к периоду гражданской войны (махновщина, петлюровщина), когда в течение целого года он жил в напряженнейшем страхе гибели семьи и себя самого от руки бандитов. Решил, что «лучше будет погибнуть не от их рук, а убить самому свою семью и покончить собой». Для этого приготовил заостренные ножи и яд. В таком тревожном эмоциональном напряжении находился в течение $1^1/_2$ лет, пока не установилась советская власть.

После лечения в клинике неврозов Украинского психоневрологического института в 1932 г. (физио- и психотерапия) наступило значительное улучшение, длившееся в течение 3 лет. Но в 1935 г. после сильной перегрузки в работе, приводившей к длительному нарушению нормального ночного отдыха и сна, указанное навязчивое влечение вновь проявилось. После проведенной гипносуггестивной терапии и физиотерапии навязчи-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 443.

вые влечения совершенно исчезли и больной стал подвижным и общительным. В течение 6 лет чувствовал себя настолько хорошо, что мог спокойно жить с семьей. Но в 1941 г., после гибели сына, вновь возник рецидив. Больной вторично поступил в стационар, откуда выписался в хорошем состоянии и чувствовал себя хорошо. В 1945 г., когда узнал о смерти второго сына, вновь возникла вспышка прежнего навязчивого влечения и больной в третий раз поступил в то же отделение в январе 1947 г., откуда был выписан в хорошем состоянии, будучи уже 70-летним стариком. В 1952 г. подвергся психотерапии после некоторого нового проявления «боязни острых предметов», возникшего после перенесенного гриппа. Нужно сказать, что рецидивы прежней навязчивости иногда были настолько сильны, что больной вновь под разными предлогами переселялся куда-либо от семьи.

В конце концов, в 1953 г. после новых тяжелых переживаний (хроническая болезнь жены) прежняя навязчивость возобновилась снова, причем на этот раз уже стала устойчивой, не уступающей психотерапии, как и всем другим видам лечения. Повидимому, сказалось возрастное, т. е. уже необратимое, снижение коркового тонуса.

Итак, в данном случае у больного, повидимому, относящегося к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, вследствие длительного перенапряжения тормозного процесса возникло и прочно зафиксировалось навязчивое влечение. С помощью психотерапии и лечебных мероприятий, повышающих тонус коры мозга, данная патологическая динамическая структура была устранена. Однако под влиянием новых сверхсильных для больного отрицательных эмоциональных переживаний, а также гриппозного состояния, перегрузки в работе, связанной с недосыпанием и пр., возникали рецидивы этой навязчивости, устранявшиеся психотерапией. Наконец, на фоне возрастных инволюционных явлений развился новый рецидив той же навязчивости, ставший уже необратимым.

Приведем случаи рецидивов навязчивых мыслей, возникших в условиях климакса и иллюстрирующих значение эндокринно-вегетативной перестройки, приводившей к оживлению угасшего состояния навязчивости.

2. Больная Г., 52 лет, обратилась с жалобой на сифилофобию. Ряд лет она жила в крестьянской семье, где, как она узнала впоследствии, имелись больные сифилисом. Появилась и упрочилась навязчивая мысль о неизбежном заражении. Начались постоянные, но ничего не дававшие исследования у сифилидологов. В течение 10 лет прожила в тревоге и во власти мучительных сомнений в отношении заболевания сифилисом. В течение последующих 16 лет этих сомнений не было и самочувствие было хорошим. Однако затем вновь проявились те же навязчивые мысли, что совпало с прекращением менструаций и началом климактерического периода. Таким образом, в основе возникшего рецидива лежал физиологический механизм возрастной вегетативно-эндокринной перестройки.

3. Больная З., 49 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли о муже, которого она 25 лет назад покинула. В течение этого времени мыслей о нем не было, однако на фоне начавшегося климакса они появились. Вдруг начала вспоминать свои ошибки в отношении мужа, возникло состояние «тихой грусти», а затем навязчивое желание «увидеть его». Под влиянием этой навязчивости стала наводить справки о муже, узнав, что муж когда-то жил в другом городе, ездила туда, писала много «розыскных» писем и т. д., сознавая при этом нелепость и ненужность всего этого.

Описанное навязчивое состояние, очевидно, представляет результат оживления следов пережитого в далеком прошлом, происшедшего под влиянием климактерической эндокринно-вегетативной перестройки, сопровождающейся у некоторых лиц снижением положительного тонуса

коры мозга, а в силу этого нарушением уравновешенности основных кор-ковых процессов.

Аналогичные явления нам приходилось наблюдать в климактерическом периоде и у других больных. Вопрос об астенизации коры мозга во время беременности и климакса, предрасполагающей к развитию навязчивого невроза, подробно разбирается в одной из работ Н. П. Татаренко (1951).

Здесь уместно рассмотреть толкование рецидивов навязчивого невроза, которое дает А. Левенфельд (1912). По его мнению, «лечение гипнозом не представляет собой радикального средства при этого рода заболеваниях, так как даже при благоприятном действии нельзя предотвратить возвратов болезни». «Предотвратить возвраты может лишь один метод, который направлен против корней болезни, лежащих в „подсознательном", это — метод Фрейда». Как мы видели, приведенные выше наблюдения, как и все павловское учение о неврозах в целом, указывают на антинаучность этой точки зрения Левенфельда, покоящейся на порочной основе учения Фрейда.

Наши наблюдения говорят о возможности устранения рецидивов и предупреждения их соответствующими мероприятиями, поднимающими тонус коры головного мозга.

СЕКСУАЛЬНЫЙ НЕВРОЗ

Под сексуальным неврозом в широком его понимании мы подразумеваем разнообразные функциональные нарушения высшей нервной деятельности, связанные со сферой отношений, порождаемых половым инстинктом. Эти нарушения могут развиваться по различным физиологическим механизмам, по механизму навязчивости в случае неосуществимой или же обманутой любви, с одной стороны, и по механизму кортико-висцеральной патологии в виде расстройства функции половой сферы,— с другой.

Переходим к рассмотрению природы и патогенетических факторов развития невротического заболевания, обусловленного неосуществимостью возникшего неодолимого любовного влечения. По этому вопросу И. П. Павлов говорил, что «... длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни», связанные с «истязанием чувства собственного достоинства», «вызывают у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными так называемыми соматическими симптомами»[1].

У И. М. Сеченова мы также находим некоторые высказывания по этому вопросу. По его словам, такая непреодолимая страсть «ведет роковым образом ко всяким так называемым самопожертвованиям, т. е. может в человеке итти наперекор всем естественным инстинктам, даже голосу самосохранения», причем «... этого рода явления в сущности суть рефлексы, только осложненные примесью страстных элементов» (разрядка наша.— *К. П.*).

В случае неосуществимости влечения, нередко приобретающего характер неодолимой навязчивости, развивается заболевание в форме невроза (К. И. Платонов, 1925, 1926). В ее основе лежит механизм концентрированного возбуждения определенного пункта или района больших полушарий, вызванного эротической эмоцией.

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 378.

Мы имеем в виду напряженное чувство, неотступное эротическое влечение, которое или отвергается, или же по каким-либо иным причинам не может быть реализовано.

Такая преобладающая и неодолимая эмоция, остающаяся неудовлетворенной, действительно, может привести к острому перенапряжению нервных процессов коры мозга и ближайшей подкорки и вызвать срыв высшей нервной деятельности, проявляющийся в форме острой реактивной депрессии, иногда приводящей к катастрофической развязке.

Следует подчеркнуть, что при такого рода «эрогенном» неврозе больной нередко остается без всякой лечебной помощи, ибо не только сам врач *не находит нужным опросить больного в этом направлении, но и больной* считает это свое состояние «стоящим вне возможностей врачебного воздействия». Часто бывает и так, что больной в силу понятной застенчивости не решается быть откровенным с врачом в области столь интимных переживаний, к тому же связанных с огромной эмоциональной напряженностью, сила и значение которой легко могут недооцениваться врачом.

Такие переживания нередко служат источником тяжелого срыва высшей нервной деятельности, подчас доводящего до суицидального акта. Можно полагать, что в этих случаях речь идет о прочно зафиксировавшейся сложной динамической структуре, крайне тяжело отражающейся на всем характере высшей нервной деятельности. Это выражается в чувстве тоски, внутреннего разлада, апатии, острой ревности, сопровождаясь различными чрезвычайно мучительно переживаемыми компонентами со стороны вегетативной нервной системы, и может вести к затормаживанию деятельности важных отделов коры мозга, представляющих, как говорит И. П. Павлов, «... коренные интересы всего организма, его целости, его существования».

При наличии таких остро и напряженно развившихся невротических депрессивных состояний ни фармакотерапия, ни гидротерапия не дают эффекта. Психотерапия, проведенная в бодрствующем или в дремотном состоянии, или во внушенном сне, в большинстве случаев в весьма короткий срок дает положительный и радикальный эффект. Последнее обстоятельство явно противоречит утверждению известного швейцарского психиатра и гипнолога А. Фореля (1910), говорящего о том, что «напрасно было бы внушать влюбленной девушке ненависть и антипатию к ее возлюбленному, так как чувство половой любви гораздо могущественнее, чем влияние постороннего внушения». Форель, видимо, не имел в виду того обстоятельства, что в этих случаях успех лечения обеспечивается желанием самого пациента избавиться от своего чувства.

Яркой иллюстрацией эффективности психотерапии могут служить наши наблюдения, касающиеся 52 человек (12 мужчин и 40 женщин), страдавших «эрогенным» депрессивным неврозом, причем у 30 человек успех лечения был исключительным — полностью ликвидировалось не только патологическое состояние, но и самое чувство. У 5 человек успех был частичный (облегчение) и лишь у 10 эффекта не было. Причина заключалась в том, что у трех из них не было желания лечиться, семеро остальных не поддавались гипнозу; психотерапия же, проводимая в бодрствующем состоянии, успеха не имела.

Наиболее частыми причинами эрогенного депрессивного невроза у наших больных были: неудачная первая любовь — или без взаимности, или с теми или иными препятствиями к браку; уход любимого человека (мужа или жены); моральная неполноценность объекта влечения; сознание неприемлемости чувства из-за большой возрастной разницы, из-за душевной болезни и т. п.; второе замужество, причем оставалась любовь к

первому мужу, стремление избавиться от этого чувства; разрыв, происшедший в силу несходства характеров, но при наличии у обоих прежнего чувства, и пр.

Недоучет врачом этих этиологических факторов неизбежно ведет по ложному пути. Так, один наш 45-летний больной, страдая эрогенным депрессивным неврозом, безрезультатно лечился в поликлинике в течение 6 месяцев как страдающий артериосклерозом. После выяснения истинной причины заболевания и гипносуггестивной терапии больной выздоровел. Эффект такой терапии обычно стоек и радикален.

1. Больная М., 28 лет, за полгода до обращения в диспансер внезапно была покинута мужем, к которому продолжает питать сильное чувство, вследствие чего находится в угнетенном состоянии, страдает психогенными зрительными и слуховыми галлюцинаторными явлениями (образ и голос мужа), продолжающимися в течение 6 месяцев. Совершенно избавлена от этого состояния пятью сеансами психотерапии, в которых внушалось безразличие к мужу и выздоровление. Положительный катамнез 22 года (наблюдение А. Е. Бреслава).

2. Больная Н., 21 года, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, тоскливость, чрезмерную раздражительность, отсутствие интереса к жизни, мысли о самоубийстве, плохой сон, бессонные ночи, полное отсутствие аппетита, резкое похудание. Больна несколько месяцев, причина — чувство влюбленности в человека, чрезвычайно аморального и стоящего во всех отношениях ниже нее, что вызывает «мучительные переживания». Самостоятельная борьба с чувством и помощь в этом направлении окружающих безрезультатны.

Разъяснительная психотерапия положительного эффекта не дала. В течение пяти сеансов мотивированного словесного внушения во внушенном сне чувство влюбленности постепенно исчезло, причем восстановились сон, аппетит и прежнее хорошее настроение, а через две недели после начала лечения больная почувствовала себя «полностью освободившейся от своего кошмара». Положительный катамнез 2 года: здорова, бодра, жизнерадостна, успешно окончила художественное училище, об «объекте тяжелой любви» никогда не вспоминает. Таким образом, с помощью психотерапии была устранена основная причина этого сложного реактивного страдания. Впоследствии полюбила другого человека и вышла за него замуж.

3. Больной Х., 32 лет, обратился с жалобами на бессонницу, утрату интереса к жизни, резко упавшую трудоспособность, потерю аппетита, исхудание. Связывает это состояние с «охватившим его чувством страстной любви» к одной из сотрудниц по службе. Бесплодная борьба с этим чувством, по его словам, «терзает» его в течение последнего месяца, причем его «страдания чрезвычайно мучительны».

Пришел с просьбой «помочь ему избавиться от этого чувства и вновь стать трудоспособным». «Она с первой встречи завоевала меня,— говорил он с волнением,— первое время относилась ко мне доброжелательно, будто оказывая мне внимание и предпочтение, и я был в плену чувства к ней... я ни минуты не мог быть без нее... я жил и живу для нее и дрожу, когда ее вижу... Вскоре я заметил, что она начала встречаться с другими... появилась ревность... начал терять самообладание... это плохо отражалось на ходе всей моей работы... Причем, когда я видел ее с другими оживленной, у меня начиналось сердцебиение, краснело и горело лицо, кружилась голова, так что сослуживцы часто принимали меня за пьяного... Все связанное с ней меня приводило в трепетное состояние. Но она надо мной издевалась, кокетничая с другими. Узнав о ее новом романе, я совсем потерял голову. Сослуживцы уговаривали меня перестать думать о ней.

Наконец, я решился на это, но забыть ее не мог: я не представлял себе жизни без нее, хотя и сознавал, что по умственному развитию она мне не пара и к тому же некрасива, но... меня тянуло к ней, и я был бессилен уйти от нее...»

Мы провели психотерапию в дремотном состоянии. Во время первого сеанса, когда больной лежал с закрытыми глазами и слушал слова внушения, он, по его словам, «страдал, когда ему говорили, что он ее забудет». Но придя через неделю на 2-й сеанс, сообщил, что чувствует значительное улучшение. Несмотря на ежедневные встречи с ней после службы, влечение к ней стало значительно слабее, общее самочувствие стало лучше, аппетит и сон также улучшились, чувства ревности не испытывает, несмотря на имеющиеся к этому основания. Придя на 3-й сеанс, сообщил нам: «Хотя я думаю о ней довольно часто и влечение к ней все еще имеется, но оно носит уже совсем иной характер». Если до начала психотерапии была неотступная, мучительная мысль о ней и всякое воспоминание о ней вызывало «душевную и сердечную боль», то теперь всего этого нет. «Сейчас у меня больше силы воли»,— заявляет больной. При этом его чувство также сделалось другим: «Она мне нравится уже как-то спокойно, сейчас я уже учитываю, что она не устроит мою жизнь, а испортит ее!». Придя на 4-й сеанс, больной заявил: «Чувствую полное хладнокровие по отношению к ней, не хочется даже и думать, что она мне так нравилась! Я переродился, чувствую, что стал другим». Во время этого сеанса впервые была достигнута глубокая дремота. Отметил, что после этого сеанса по ночам стал спать глубоким, крепким сном. При этом относится к ней совершенно спокойно. На ее приглашение зайти к ней ответил отказом: «Мыслей о ней нет, настроение прекрасное». Наконец, после следующего сеанса заявил нам: «Чувства к ней нет и следа. Часто сижу и думаю: как может человек переродиться! Будто никогда ее не любил! И как-то странно подумать: как смог я избавиться от своего кошмарного состояния?».

После последнего, 8-го, сеанса сообщил, что чувствует себя «окончательно избавившимся от своей мучительной болезни», причем восстановился нормальный сон, интерес к жизни, работоспособность и окрепла воля: «Я теперь тот же, каким был до болезни, влечения к ней уже нет, о ней и не думаю!».

Через 4 месяца после лечения демонстрировался на конференции врачей-психотерапевтов, продолжает хорошо себя чувствовать. Несмотря на частые встречи в служебной обстановке с бывшим объектом своей любви, он к ней совершенно равнодушен.

Следует отметить, что тяжелое перенапряжение в сфере чувств может при определенном стечении обстоятельств создаваться и у людей с сильной уравновешенной нервной системой и приводить к отдельным истерическим реакциям. Однако и в таких случаях возможно полное восстановление высшей нервной деятельности.

Перейдем к рассмотрению второй группы сексуальных неврозов, развивающихся в форме функциональных расстройств половой сферы.

Нужно сказать, что вопрос об этой группе неврозов долгое время был наименее разработанным. Причем в затруднительном положении в отношении диагностики терапии находились как урологи и гинекологи, так и психоневрологи. Не разбирались в ней и венерологи, к которым ошибочно часть этих больных обычно попадала. Не понимая ни этиологии заболевания, ни лежащих в его основе физиологических механизмов, они лишены были возможности добиться надлежащего терапевтического эффекта и лишь травмировали больных, так как еще больше фиксировали их внимание на нарушенной функции их полового аппарата, который, как правило, был в полном порядке, так как патология лежала не в нем самом, а в на-

рушении корковой динамики. Отсюда ясно, что всякого рода местные средства (прижигания, бужирования, массаж предстательной железы, гормональная терапия) помочь не могли, ведя, наоборот, к еще большей фиксации возникшей в коре мозга патологической динамической структуры.

И только в самые последние годы стало, наконец, общепризнанным, что больными этой категории должны заняться психотерапевты.

Нужно сказать, что В. М. Бехтерев, опираясь на данные своих наблюдений, еще в 1922 г. говорил о том, что «темные вопросы сексуальной патологии будут для нас значительно яснее... с применением к ним рефлексологического метода исследования или метода развития сочетательных рефлексов». В. М. Бехтерев пришел к заключению, что такие половые расстройства, как преждевременная эякуляция, импотенция, так и всякого рода сексуальные извращения (фетишизм, мазохизм, садизм, гомосексуализм, инфантомания и др.), развиваются по механизму сочетательных (условных) рефлексов. Он считал эти расстройства психогенными и потому подлежащими психотерапии, которую следует применять как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне. По его мнению, необходимо предварительно выяснить все то, что относится к причине возникновения заболевания, а также те внешние условия, какие, по мнению самого больного, могли быть поставлены в связь с началом заболевания.

Наши наблюдения подтверждают высказанное В. М. Бехтеревым, ибо чаще всего, действительно, приходится иметь дело с внешними раздражителями, как положительными (возбуждающими сексуальное чувство), так и отрицательными (тормозящими, подавляющими влечение и приводящими к импотенции). Импульсы могут итти со стороны первой сигнальной системы (разнообразные первосигнальные раздражители, исходящие от лица противоположного пола), второй сигнальной системы (соответствующие слова, мысли, представления), причем в каждом отдельном случае может преобладать то одна, то другая сигнальная система.

Не стремясь к широкому освещению сложной проблемы сексуального невроза и условий его развития, ограничимся приведением некоторых типичных примеров, частично иллюстрирующих сказанное.

1. Больной А., 29 лет, со здоровой наследственностью, обратился с жалобами на невозможность совершать половой акт вследствие быстрой эякуляции, которая наступала уже при одном прикосновении. Его первая попытка иметь coitus в 20-летнем возрасте закончилась неудачей и с тех пор в течение 9 лет все попытки в этом направлении были неудачными, несмотря на наличие эрекции. Вследствие этого укрепилась мысль о половой неспособности, развилось тяжелое угнетенное состояние, отказался от мысли о женитьбе.

Проведено четыре сеанса психотерапии в дремотном состоянии: вселялась уверенность в возможность нормального акта и спокойное к нему отношение. Эффект получился положительный. Больной женился, началась нормальная половая жизнь.

2. Больной 30 лет, обратился с жалобами на полную импотенцию, от которой лечился электризацией, нарзанными ваннами и пр. Женат 2 года, жена остается девственной. Беспрерывные неудачи в течение 2 лет привели к тяжелому психическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем остальном не оставляли желать лучшего. Физиотерапия безрезультатна. Заболевание вызвано волнением, связанным с мыслью о возможной неудаче во время первого сближения с женой. Неудачная попытка к половому акту зафиксировала навязчивую мысль о половой несостоятельности. В дальнейшем каждая попытка совершить акт приводила к неизбежной неудаче. Обратился к нам за несколько дней до окончания безрезультатного курортного лечения в Кисловодске.

Проведено шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, причем внушение производилось с мотивированной ссылкой на физическое здоровье, на необоснованность страха и волнений, на полную уверенность в возможности совершения акта и т. п. Эффект получился положительный, семейная жизнь наладилась.

3. Больной 30 лет, месяц назад женился, жене 18 лет. Обратился с жалобой на то, что к началу полового акта у него возникает непреодолимый страх перед возможной неудачей, и эрекция тотчас же спадает. Отсутствие уверенности в успехе «повидимому, может быть обусловлено большой разницей в возрасте». Первая неудача усилила тревогу и обусловила неудачи в дальнейшем.

Проведено два сеанса словесного внушения по Бехтереву (в бодрствующем состоянии с закрытыми глазами). Через неделю было получено открытое письмо: «Я прекратил лечение, потому что у меня уже все в полном порядке. Очевидно, ваше внушение даже в бодрствующем состоянии достаточно сильно повлияло на меня».

4. Больной 24 лет, обратился с жалобами на импотенцию. В возрасте 13 лет, упав с лошади, получил ушиб тестикул, пролежал несколько дней в постели. По словам больного, его бабушка плакала и все время говорила о том, что «буду неспособен к половой жизни». В 18-летнем возрасте половой акт со случайной женщиной был внезапно прерван сильным стуком, раздавшимся в соседней комнате. Вследствие испуга, эрекция прекратилась и в дальнейшем не могла быть вызвана. Зародилась мысль о половой неполноценности: «всплыли в памяти слова бабушки». Следующая попытка к акту сопровождалась тревогой и акта совершить не смог. Возникла мысль: «Значит бабушка права, я неспособен!» С тех пор в течение 6 лет эрекция отсутствовала при сохранении либидо. Лечился у специалистов. Массаж предстательной железы, бужировка, электризация улучшения не дали.

Проведено три сеанса разъяснительной, успокаивающей и обнадеживающей психотерапии в бодрствующем состоянии. Через неделю сообщил, что нормальная половая функция восстановилась.

5. Больной 29 лет, жаловался на полную импотенцию с 24-летнего возраста. Мастурбация — с 8 до 18 лет, особенно сильная с 12 лет. В 19 лет женился, половая жизнь нормальна. Жена, узнав от него о его мастурбации в прошлом, заявила ему, что он «скоро станет импотентом!» Сказанное произвело на него сильное впечатление, ночью ему снилось, будто жена ушла от него. Несколько дней был под этим впечатлением. Вскоре наступило ослабление эрекции, а затем она прекратилась. С тех пор отмечается полная импотенция и угнетенное состояние.

Четыре разъяснительные и успокаивающие беседы, проведенные в бодрствующем состоянии, не имели успеха. При 5-м посещении была вызвана глубокая дремота. После последующих четырех сеансов психотерапии во внушенном сне нормальная половая функция восстановилась.

6. Больной 18 лет, избегает качания на качелях, так как этот процесс вызывает у него сильное половое возбуждение, иногда до оргазма и эякуляции. Кроме того, уже один вид качающихся на качелях вызывает у него сексуальное возбуждение. В 10-летнем возрасте испытал эти ощущения, качаясь на качелях. Первое время он не лишал себя этого удовольствия, но узнав, что это вредно, стал его избегать.

В течение последующих 2 лет условнорефлекторная половая реакция, обусловливаемая одним видом качающихся на качелях, вновь стала возникать. Двумя сеансами словесного внушения в дремотном состоянии она была устранена.

Вообще всякое раздражение, говорил по этому поводу В. М. Бехтерев, вступив в более или менее прочную связь с половым возбуждением, «в конце концов, становится привычным возбудителем для половой функции».

ПОСТКОНТУЗИОННЫЕ НЕВРОЗЫ

Как известно, постконтузионные, посткоммоционные неврозы отличаются длительностью течения (продолжаются годами) и упорно не поддаются самым разнообразным способам лечения. Поэтому невротики такого рода обычно расцениваются как «беглецы в болезнь».

Результаты проводимой психотерапии этих неврозов в ряде случаев представляются нам имеющими определенный теоретический интерес и практическое значение. Во всех наблюдаемых нами случаях обращает на себя внимание тяжесть заболевания, большая длительность его лечения и относительно быстрая и стойкая эффективность психотерапии.

1. Больной С., 40 лет, в октябре 1929 г. поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на подавленное настроение, дрожание всего тела, возникающие после волнений судорожные припадки с потерей сознания, навязчивые мысли ипохондрического характера, плохой сон. При засыпании «внезапно всплывают мысли о пережитых потрясениях», весь вздрагивает, причем «не хватает воздуха», весь покрывается пóтом, после этого долго не может заснуть. Частая смена настроений: один день чувствует себя хорошо, спокоен, уравновешен, бодр; на другой день — охвачен тревогой, как бы ожидая каких-то предстоящих неприятностей. Ночью частые кошмарные сновидения.

Анамнез: болеет 10 лет, с 1918 г., когда был избит белыми (в Одессе), до этого времени был здоров. Затем был дважды приговорен к расстрелу петлюровцами, но бежал от расстрела. В 1920 г., будучи машинистом бронепоезда, был контужен: снаряд попал в паровоз, и больной был выброшен под откос. Был ли ушиб головы, не знает, но в течение 3 суток не приходил в сознание. Два месяца пролежал в военном госпитале, причем, судя по словам больного, была картина травматического невроза, выражающегося в повышенной раздражительности, плаксивости, глухоте на оба уха, державшейся в течение 7 месяцев. Выписался в удовлетворительном состоянии, хотя вполне здоровым себя считать не мог: оставалась какая-то «внутренняя нервность», не было прежней «веры в свои силы», стал вспыльчивым. Тем не менее продолжал работать на прежней должности машиниста.

В 1923 г. пережил крушение скорого поезда, который он сам вел: паровоз пошел под откос, больной был контужен, у него было выбито несколько зубов, потерял сознание. Пролежал 2 месяца в Одесском санатории, в течение 3 месяцев был мутизм, объяснялся знаками и при помощи записок. После восстановления речи долгое время продолжалось заикание, стал крайне раздражительным, «испортился характер». С течением времени появились «командные» припадки, сначала возникавшие 3—4 раза в день, а впоследствии реже.

В дальнейшем в течение 3 лет (1923—1926) был инвалидом, лечился в санаториях Кисловодска, Одессы, в Киеве.

Улучшение было, но нестойкое, причем припадки прекращались не больше как на месяц. Настроение все время оставалось подавленным, продолжалась бессонница, тревожные сновидения. В конце 1926 г. решил приступить к работе, однако работал с большим трудом, причем такое состояние держалось до 1929 г., колеблясь в своей интенсивности. В июне 1929 г. на амбулаторном приеме после волнения произошел судорожный припадок с потерей сознания. Направлен в Харьков в стационар

психоневрологического диспансера. На следующий день по прибытии — снова припадок, с криками и судорогами, но без потери сознания, после припадка сильная слабость.

Объективно: расстройство всех видов поверхностной чувствительности по функциональному типу, небольшая анизокория.

Пробыл в стационаре две недели, проведена гидро-, электро- и бромотерапия; припадков не было. Выписан в хорошем состоянии. Но через месяц вновь явился с жалобами на повышенную раздражительность, общую слабость, плохой, тревожный сон, угнетенное настроение. Разговоры о паровозах, поездах и обо всем, с ними связанном, сделались невыносимы, возникли навязчивые мысли о пережитом.



Рис. 82. Схема развития травматического невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.

а — избит белыми; б — приговорен к расстрелу; в — контузия, трое суток без сознания; г — крушение поезда, контузия с потерей сознания; стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

Назначена гипносуггестивная терапия, все другие виды лечения отменены. Оказался хорошо гипнабильным. Проведено успокаивающее, подбадривающее, разъясняющее внушение в гипнотическом сне, направленное на укрепление надежды на выздоровление, устранение беспокоящих его патологических симптомов и т. п. После сеанса — внушенный сон-отдых. По пробуждении и на следующий день самочувствие и настроение значительно лучше. В следующем сеансе, в добавление к предыдущему, внушалось забвение пережитых им в прошлом травмировавших психику факторов, спокойное отношение ко всему связанному с ними (вид паровозов, вагонов и т. п.). При этом сделан акцент на нормализацию сна, аппетита, отправлений кишечника и т. д.

После 12 сеансов гипносуггестивной терапии выписан в хорошем состоянии, с прибавкой в весе. Преисполнен стремлением к работе, верит в свои силы, расстройств чувствительности нет. Через неделю явился и заявил, что «паровоз и все связанное с ним его уже совершенно не раздражает».

Был под наблюдением в течение 7 месяцев, все это время работал на паровозе, считал себя выздоровевшим, работоспособность восстановилась полностью. Согласно сведениям через 2 года, он продолжал работать на паровозе (рис. 82; наблюдение А. Г. Константиновой).

Итак, у больного имелись две психические (приговоры к расстрелу) и две смешанные травмы (физическая и психическая). Повидимому, первые сыграли роль факторов, понизивших корковый тонус. Под влиянием последующих двух травм (физической и психической) развился реактивный невроз истерического типа, не поддававшийся лечению в течение нескольких лет и превративший больного в инвалида почти на целое десятилетие.

Если курортное лечение не давало эффекта, то гипносуггестивная терапия быстро восстановила состояние здоровья и работоспособность. Отметим, что первое двухнедельное пребывание в стационаре, где проводилась лишь физиотерапия, дало только временное улучшение на один месяц. После проведенной же нами психотерапии рецидивы отсутствовали в течение ряда лет, что может свидетельствовать о стойкости результатов лечения.

Повидимому, у данного больного была длительная патологическая инертность тормозного процесса с фазовым состоянием коры мозга вследствие перенесенной смешанной (физической и психической) травмы.

Можно думать, что если бы психотерапия была применена своевременно, то больной мог бы вернуться к своей работе намного раньше.

2. Больной К., 30 лет, инвалид. В 1920 г. во время гражданской войны перенес воздушную контузию, сопровождающуюся потерей сознания на несколько часов, в результате чего развилось неврастеническое состояние с повышенной раздражительностью. К началу 1921 г. состояние здоровья выровнялось. Весной 1921 г. участвовал в бою с бандитами, был ранен в голову и правое плечо и был избит. Развилось тяжелое истероидное состояние с чрезмерной раздражительностью и крайней гиперакузией: малейший шум, внезапный звук или стук вызывает вздрагивание всего тела. С течением времени образовалась стойкая реакция на них в виде судорожных «командных» припадков с потерей сознания. Пребывание в больницах и санаториях для него было невыносимым.

В марте 1921 г. направлен в Пятигорск, причем был помещен в отдельную комнату, изолированную от шумов и затемненную шторами. К августу наступило значительное улучшение, больной стал уравновешеннее, общительнее, выносливее в отношении сильных звуковых и световых раздражителей. Поступил на должность канцелярского работника. В сентябре того же года взрыв котла на соседнем заводе вызвал испуг, в результате которого у больного вновь развился тот же синдром с повышенной раздражительностью и «командными» припадками. Вернулась прежняя обостренная чувствительность к звуковым раздражителям. Амбулаторное лечение и 2-месячное пребывание в Славянске в 1922 г. существенной пользы не принесли и дали лишь некоторое кратковременное улучшение. Такое состояние продолжалось до лета 1923 г., когда он был вновь направлен на курорт в Славянск. Во время месячного пребывания в санатории имела место чрезмерно повышенная раздражительность, доходящая до агрессивной аффективности, конфликты с больными и медицинским персоналом, «командные» припадки. Поднят вопрос о выписке, так как «не поддается лечению и дисциплине».

Мы предложили задержать его на 2 недели для гипносуггестивной терапии. Оказался хорошо гипнабильным. Дан 2-часовой внушенный сон-отдых, внушена уверенность в выздоровление, в забвение всего пережитого на фронте, эмоциональная уравновешенность, спокойное отношение к звуковым раздражениям, спокойный ночной сон и т. п. Достаточно было четырех сеансов гипносуггестивной терапии, чтобы больной стал совершенно неузнаваемым. Восстановился спокойный ночной сон, исчезла раздражительность, спокойно реагировал на напоминания о фронте и взрыве, на внезапные звуки. Почувствовал себя бодрым и крепким, «как никогда за всю болезнь». Не было ни одного судорожного «командного» припадка, уехал из Славянска на 5 дней раньше намеченного срока, стремясь к работе. В 1924 и 1926 гг. сообщил, что он здоров, совершенно избавился от невроза (рис. 83).

В данном примере травматического истерического синдрома особенно подчеркивается эффективность гипносуггестивной терапии: в 4-дневный срок было достигнуто то, что в условиях курортного лечения (в Пятигорске) произошло в более слабой степени в 5-месячный срок.

3. Больной Г., 28 лет, ведя в июне 1919 г. воинский поезд, был контужен снарядом и ранен в теменную область головы. Находился без сознания 8 часов, пролежал $1\frac{1}{2}$ месяца в больнице, при выписке из больницы комиссия признала его «негодным к паровозной службе». Жалобы на упорные

головные боли, головокружения, дрожание рук и ног, слабость, очень плохой и тревожный сон (2—3 часа в ночь). До декабря 1919 г., когда явился на повторное обследование, находился все время дома, лечился в поликлинике, после чего наступило некоторое улучшение. Комиссией направлен на консультацию для определения пригодности к работе на транспорте вообще. У больного общее астеническое состояние, дрожание рук и ног, жалобы на раздражительность, наклонность к слезам, головные боли, тревожный сон, тяжелые сновидения с картинами боя.

Диагноз: постконтузионный невроз. Больной оказался хорошо гипнабильным. Проведено восемь сеансов внушения во внушенном сне. Вну-

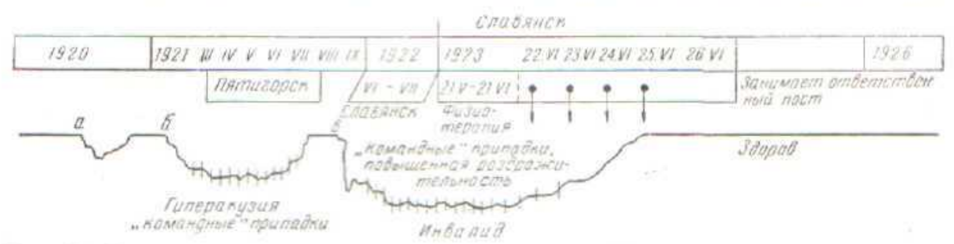


Рис. 83. Схема развития травматического невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.

а — воздушная контузия; *б* — ранен бандитами; *в* — взрыв котла; стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

шалось забвение пережитого в 1919 г., хороший спокойный ночной сон. Во время 3-го сеанса наступил глубокий внушенный сон, после чего последовало резкое улучшение. После 8-го сеанса больной заявил, что «почувствовал себя совсем здоровым». После лечения возобновил работу на паровозе и работал на нем в течение 14 лет.

Все приведенные выше наблюдения относятся к категории смешанного травматизма — физического и психического. Во всех случаях резко выражено невротическое состояние, которое могло быть устранено только психотерапией с последующим внушенным сном-отдыхом. Чем обусловлены эти состояния? Психогенны ли они? Если принять за критерий эффект психотерапии во внушенном сне, то психогенез этих состояний, часто неизбежный при физическом травматизме, ясно виден.

В настоящее время, при достаточном знакомстве с механизмами образования невротических состояний, возникающих соматогенным путем, результаты психотерапии постконтузионных и посткоммоционных невротических состояний получают свое научное объяснение. Особенно важными в этом вопросе являются исследования А. Г. Иванова-Смоленского с сотрудниками, осветившие патофизиологические механизмы посттравматических невротических состояний. Эти исследования свидетельствуют о непосредственном (после физических и чрезвычайных психических травм) развитии запредельного охранительного торможения, охватывающего не только всю кору мозга, но и подкорковую область (бессознательное состояние, сопровождающееся угнетением вегетативных функций).

Таким образом, имеются все основания говорить о корковой, динамической природе посттравматических невротических состояний с лежащей в их основе патологической инертностью неглубокого защитного торможения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ

Профессиональные неврозы, т. е. функциональные расстройства высшей нервной деятельности, связанные с характером профессии, нами встречались преимущественно среди представителей искусства. Чаще всего

приходится иметь дело с артистами и музыкантами, деятельность которых связана с ответственными публичными выступлениями. Следует отметить, что невротические заболевания этого рода встречаются не только у профессионалов со специальным образованием, но также у учащихся (музыкальных техникумов, консерваторий). Симптомы невротического состояния сильнее всего проявляются при публичных, концертных или сценических выступлениях, мешая правильности и четкости исполнения. У некоторых лиц невротическое состояние принимает такой характер, что они оказываются вынужденными или совершенно воздержаться от публичных выступлений, или же вообще отказаться от своей профессии. К сожалению, многим из них неизвестно, что их невротическое состояние излечимо и что это может быть достигнуто путем психотерапии. Так, мы знаем, если бы В. М. Бехтерев случайно не узнал, что один крупный отечественный пианист и композитор с мировым именем страдал таким неврозом и не избавил бы его от этого состояния, то этот пианист был бы вынужден оставить свою профессию еще в молодые годы.

Такие невротические заболевания (так называемые «рамповые неврозы») проявляются в различных формах: в виде боязни ответственных мест в оперной арии, волнения при выступлении, ослабляющего звучность голоса у певца, выпадения из памяти отдельных реплик (слов и фраз) во время исполнения; при этом волнение мешает быстроте и уверенности движений пальцев рук музыканта (пианиста, скрипача) или вызывает судорожное сведение их, чего не наблюдается при игре или пении в других условиях.

Причины таких неврозов весьма разнообразны. Так, однократно случившаяся при выступлении неудача, без серьезного к тому повода, может повлечь за собой повторение того же в последующих выступлениях. К такой неудаче может вести возникшее накануне выступления то или иное болезненное состояние. Этому может способствовать длительное невротическое состояние, связанное с чисто бытовыми, семейными или производственными непорядками. Наконец, выступление пианистки или певицы во время беременности, менструации, во время климакса, обусловливающих у некоторых ослабление тонуса коры мозга, представляет благоприятную почву для образования невротической реакции, могущей в дальнейшем прочно зафиксироваться, и т. п.

Для иллюстрации приведем некоторые наши наблюдения.

1. Больная К., 28 лет, обратилась с жалобой на то, что, выступая в течение последних 3 лет в опере «Риголетто» в роли Джильды, испытывает чувство непреодолимой боязни предельно высокой ноты в арии со свечой (во втором акте), причем за все остальное исполнение она совершенно спокойна. Перед этим актом ею начинает овладевать страх: может сорваться на ответственной ноте. Арию она исполняет «в состоянии большого волнения», особенно усиливающегося при приближении к «трудному месту», появляются спазмы в горле, и эту ноту «смазывает», т. е. маскирует свой дефект различными приемами. В последнее время начинает испытывать волнение из-за этой арии уже за несколько дней до выступления. До этого всегда исполняла ее уверенно, спокойно и вполне совершенно, вплоть до терминальной ноты.

В первой же беседе выяснилось, что 3 года назад, в день, когда ей нужно было петь арию Джильды, у ее больной туберкулезом матери впервые было кровохаркание. Пришлось петь партию Джильды во встревоженном и взволнованном состоянии, причем ария была для нее особенно ответственной, и она к ней относилась строго и серьезно. В связи с ее необычным волнением и тревогой за состояние матери она особенно заострила внимание на терминальной ноте и уже с начала исполнения этой арии у нее возникла тревога за хорошее исполнение высокой ноты. Нота была

взята, но не так, как обычно: она была уверена, что в этом ответственном месте арии она «оскандалилась», что на нее произвело крайне отрицательное впечатление. Повидимому, она пела при сниженном тонусе коры мозга и с этого дня у нее появилась неуверенность в себе в отношении этой ноты, причем с каждым новым исполнением арии Джильды волнение стало прогрессировать. Все это вынудило ее совершенно отказаться от роли в опере «Риголетто», которая была, по общему признанию, лучшей в ее репертуаре. Ее выступления в других операх попрежнему происходили совершенно спокойно.

Проведено четыре сеанса словесного внушения в дремотном состоянии, давшие положительный результат: навязчивый страх, развившийся по условнорефлекторному механизму, был устранен и, как показало последующее 8-летнее наблюдение, больше не возвращался.

2. Больной Н., 30 лет, артист оперы, обратился в октябре 1935 г. с жалобой на нездоровое волнение, «возникающее во время исполнения одной ответственной партии». Все остальные партии его репертуара всегда проходят хорошо, поет спокойно. Волнение возникло лишь в последнюю неделю, до этого указанная партия проводилась им при полном самообладании. Отмечает, что прежде перед спектаклем у него всегда бывало нормальное волнение, в то время как теперь перед выходом в первом действии это волнение резко усиливается, причем «возникает сердцебиение, тревожное состояние, нарушается правильное равномерное дыхание, происходит прилив крови к голове и даже наблюдается небольшая головная боль». Петь начинает в нервном состоянии, с навязчивой мыслью, что «не дотянет партию до конца». И бывало, что срывался во втором и последнем акте, так как «пел не свободно, а с напряжением». После спектакля у него возникает чувство физической и моральной разбитости, причем, когда он, возвращаясь со спектакля, идет по улице, ему «кажется, что все на него смотрят», хотя никого вокруг нет. «Так прошли, к моему ужасу, уже два спектакля! — говорит больной. — Уже боюсь и за следующие!».

Однажды больному пришлось петь эту партию, будучи нездоровым, чтобы не сорвать спектакля (так как заболел артист, певший эту партию), причем дирекция предлагала ему вести спектакль, а он отказывался в связи со своим плохим самочувствием; но его все же убедили петь. После этого конфликта с дирекцией ушел домой в раздраженном состоянии, вследствие чего перед спектаклем ему не удалось поспать, что его всегда освежало и подкрепляло. На спектакль пошел в том же раздраженном состоянии. Первый и второй акт прошли благополучно, но к началу третьего акта почувствовал упадок сил. Перед спектаклем заметил, что голос начал «садиться». В третьем акте голос срывался, что было заметно и публике. Со спектакля ушел в подавленном состоянии. Ночь спал хорошо. Следующее выступление было через две недели. В день спектакля уже с утра начал волноваться. Спектакль прошел также неудачно: во время спектакля волновался, не было уверенности уже во втором акте, в третьем — даже была выброшена одна ария, в четвертом акте голос несколько раз срывался.

В дальнейшем уже одна мысль об этой партии стала его волновать. Настроение подавленное, озабочен будущим: «Неужели так будет всегда? Что же, бросать сцену? Для чего же учился?!».

Назначена психотерапия. После первого сеанса внушения в дремотном состоянии ушел в хорошем настроении, успокоенный. Пошел прямо на репетицию, заявив: «Чувствую себя великолепно». Пел хорошо, свободно, легко, без какого-либо напряжения. Исчезли тревожные мысли об опере, в которой должен был участвовать на следующий день. После следующих двух сеансов внушения исчез весь невротический синдром, причем и эту

партию, как и другие, исполнял успешно. За 3 года наблюдения рецидивов не было.

В данном случае имелся ряд предпосылок к срыву голоса: физическое недомогание, конфликт с дирекцией, вынужденное выступление, нарастающее чувство беспокойства перед началом трудного акта, травмировавший его психику срыв голоса. Та же травма повторилась и на следующем спектакле. Все это вело к развитию невротического состояния. Психотерапией, проведенной при слабом гипноидном состоянии коры мозга, т. е. при том же снижении тонуса коры, при котором развился невроз, его удалось полностью устранить.

3. Больной С., 32 лет, скрипач, последние $1^1/_2$ года перестал выступать, так как по неизвестной для него причине при выходе на эстраду начал испытывать «неописуемое чувство страха и волнения», полной растерянности, замирание сердца. «Игра какая-то автоматическая, с дрожью в руке, не могу смотреть на публику», — говорил он. Все его упорные попытки концертировать кончались неудачей, и он вынужден был бросить эстраду. Из боязни быть привлеченным к публичным выступлениям в порядке общественной нагрузки тщательно скрывал от всех свое умение играть, причем, живя в глуши, играл лишь у себя дома, в кругу близких, тщательно закрывая окна и двери, «дабы звуки скрипки не доносились до посторонних ушей». Однажды он был приглашен на концерт в местный рудничный рабочий район, где ему необходимо было выступить. Но неудача с последними шестью концертами заставила отказаться и от этого выступления. Невропатолог поликлиники предложил ему помочь внушением в гипнозе, на что он сначала не соглашался из-за боязни «ослабления воли», но после соответствующих увещеваний дал свое согласие.

Первые два сеанса прошли без сна и дремоты, причем было сделано лишь мотивированное и императивное внушение при закрытых глазах, что внесло лишь общее успокоение. Но 3-й сеанс внушения прошел при ясно выраженной сонливости и дал резкое улучшение: появилось желание выступать на концерте, причем мысль о возможном выступлении уже не вызывала тревоги, волнения и обычных замираний сердца. Накануне дня выступления и перед самым концертом был спокоен и уверен в себе. Выступление прошло вполне благополучно: играл уверенно, спокойно, не смущаясь, с подъемом, захватив своей игрой слушателей. Стал вновь играть попрежнему и без страха выступать на эстраде (наблюдение И. В. Халфона).

Профессиональные неврозы встречаются также у спортсменов. В дни состязаний к ним предъявляются чрезвычайно высокие требования к основным свойствам нервных процессов — силе, уравновешенности и подвижности. Профессиональные неврозы также могут быть устранены путем психотерапии, о чем говорят следующие примеры.

1. Спортсмен И., 25 лет, спортивный стаж 10 лет, основной вид спорта — бег на средние и дальние дистанции, разряд первый. Обратился к нам с жалобой на «падение интенсивности бега», возникающее вследствие «внезапно наступающей на второй половине дистанции (5000 м) сухости во рту и скованности во всем теле». Вследствие указанных явлений, возрастающих до большой степени, неоднократно был вынужден сходить *с беговой дорожки.*

Длительное время нам не удавалось выяснить причину указанного дефекта. И только опрос больного, проведенный в гипнотическом состоянии, показал, что подобный срыв впервые у него наступил после того как он однажды, за день до очень ответственных соревнований, допустил серьезное нарушение в своем гигиеническом режиме. В течение всего этого дня он испытывал чувство сухости во рту, мешавшее ему правильно

дышать, и волновался по поводу предстоящего соревнования. Отдохнув, он как будто освободился от этого ощущения и принял участие в соревнованиях. Однако когда в разгаре бега им было развито значительное спортивное напряжение, у него «вдруг оживились волновавшие его ощущения, появилась скованность движений и беспокоившая его накануне сухость во рту». Вследствие этого дыхание его резко ухудшилось, и он впервые сошел с дорожки. В последующих соревнованиях он постоянно боялся повторения этого случая, вследствие чего неоднократно сходил с дорожки.

Вскрытие этого комплекса в гипнотическом состоянии и устранение его путем соответствующего внушения избавило наблюдаемого И. от этого недостатка, и он снова добился в соревнованиях хороших показателей (наблюдение М. Н. Бржезинской).

2. Спортсмен З., 25 лет, спортивный стаж 6 лет, разряд второй. Основной вид спорта — барьерный бег на 400 м и бег на 400 м.

Однажды в силу каких-то причин в барьерном беге на 400 м у него возникла неудача с преодолением барьера. При следующих соревнованиях он уже беспокоился по этому поводу и не попадал на барьер. С этих пор страх и неудача зафиксировались, он с тревогой ждал неудачи, и она, действительно, наступала.

После четырех сеансов внушения, проведенных в гипноидном состоянии, полностью исчезло чувство страха в барьерном беге, исчезла скованность движений и появилась уверенность при прохождении барьеров. Это сказалось в том, что в последующих соревнованиях он не только достиг прежних, но и повысил свои результаты в барьерном беге на 400 м (с 60 секунд до 59,3 секунды).

Попутно отметим, что весьма важной является возможность использования метода словесного внушения также в некоторых случаях спортивной перетренировки.

Приводим пример.

Спортсмен С., 25 лет, занимается спортом 7 лет (бег на дистанции 5, 10 и 30 км), имеет первый разряд. Входил в сборную легкоатлетическую команду Украины, которая готовилась к всесоюзным соревнованиям по легкой атлетике. Прислан к нам с жалобами на нежелание участвовать в соревнованиях, вялость, апатию, бессонницу, отсутствие аппетита. Кроме субъективных, имелись и объективные признаки перетренировки.

После четырех сеансов внушения, проведенных в гипноидном состоянии, сон нормализовался, появился аппетит, поднялось общее самочувствие, большое желание тренироваться; на всесоюзных соревнованиях добился высоких результатов (наблюдение М. Н. Бржезинской).

ПСИХОГЕННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Весьма интересным теоретически и важным практически является вопрос о применении психотерапии при тех формах эпилепсии, которые возникли вследствие психической травмы.

Как можно судить по имеющимся, пока немногочисленным данным, психотерапия, проводимая во внушенном сне, действительно, в этих случаях может оказывать помощь. Это может содействовать вместе с тем также освещению проблемы эпилепсии и ее лечения.

Об успешном применении гипносуггестивной терапии при некоторых точно диагностированных случаях так называемой генуинной эпилепсии говорят литературные данные. Из отечественных авторов этим вопросом занимались: А. А. Токарский (1890), Г. Р. Тер-Аветисов (1907), П. П. Подъяпольский (1913), Л. М. Тихомирова (1913), В. К. Хорошко (1927), А. Ф. Гоцiридзе (1929), а из зарубежных: Бред (1843), Веттерстранд

(1893), А. Молль (1909), Говерс (1910), А. Форель (1928). Применяя психотерапию, все они наблюдали более или менее длительное улучшение. При этом диагноз генуинной эпилепсии у больных, наблюдаемых, например, Г. Р. Тер-Аветисовым, был поставлен высокоавторитетными невропатологами (В. К. Рот, Г. И. Россолимо).

О возможности «излечения» эпилепсии таким путем высказался Веттерстранд, применявший в этом случае длительный гипноз-отдых. Об этом говорил также А. А. Токарский (1890). Поскольку эпилепсия теперь рассматривается нами как реакция высших отделов центральной нервной системы на ряд самых разнообразных эндогенных и экзогенных факторов, в том числе и психогенных, то после устранения этих факторов возможно, конечно, устранение и эпилептиформной реакции на них. Таким образом, не исключено, что гипносуггестивная терапия может оказывать положительное воздействие на течение этого заболевания. Повидимому, аффектогенная эпилепсия Братца (Bratz) и реактивная эпилепсия Бонгоффера (Bonhoffer) являются наиболее показанными для психотерапии. Тем более что, как это подчеркивает В. К. Хорошко (1927), игнорирование наличия эмоционального фактора в развитии эпилептических судорожных припадков недопустимо. Как известно, бóльшая их часть первично развивается именно аффектогенно (чаще всего под влиянием испуга), причем последующие эпилептические припадки обычно возникают уже без каких-либо видимых внешних поводов. Имеются указания на то, что в ряде случаев появление судорожных эпилептических припадков происходит по механизму условного рефлекса (В. М. Бехтерев, 1922а; К. И. Платонов и П. П. Истомин, 1926; Н. И. Красногорский, 1933; М. П. Никитин, 1934).

Необходимо учесть, что патосимптоматика, якобы типичная для судорожной *«врожденной эпилепсии»*, а потому трудно поддающейся лечению, в ряде случаев ведет врачей на путь ошибочной диагностики и терапии. Имеются основания утверждать, что наличие в патогенезе эпилепсии аффекта (испуг в детстве) в ряде случаев ускользает из поля зрения врача, что и приводит к трактовке заболевания как «врожденного». Мы имеем положительные результаты гипносуггестивной терапии, проведенной нами совместно с П. П. Истоминым (1926) у больных, у которых имелись все данные, чтобы считать их «генуинными» эпилептиками.

1. Снова коснемся наблюдения (см. стр. 147) над 30-летним больным, страдающим эпилепсией с 5-летнего возраста; типичные припадки большой эпилепсии развились под влиянием испуга. Сеансы гипносуггестивной терапии проводились амбулаторно, сначала через день, затем через 2—3 дня, один раз в неделю и, наконец, один раз в 2—3 недели, и так на протяжении 5 месяцев. Если до этого лечения припадки повторялись регулярно в первую и третью декады каждого месяца, то после двух месяцев гипносуггестивной терапии (при полном исключении бромидов, принимавшихся больным до того в больших дозах) припадков не было в течение последующих 6 месяцев. При этом первый припадок, возникший после 6-месячного перерыва, произошел под влиянием сильной эмоции (встреча с товарищем и рассказ о возникающих у него припадках), а второй — после психической травмы (смерть отца). Учитывая это обстоятельство, в следующей серии сеансов мы делали специальное внушение: «Никакие душевные волнения припадков не вызывают!» и т. д. В течение всего последующего года, несмотря на переживавшиеся больным волнения, припадков, действительно, не было и состояние больного оставалось хорошим, причем он был работоспособен, прибавил в весе.

2. Больная Н., 32 лет, обратилась в клинику по поводу припадков, сопровождающихся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка,

иногда недержанием мочи. После припадка наступает сон. Припадки начались с 16-летнего возраста после испуга и возникают чаще ночью, 2—3 раза в месяц. В неврологическом статусе уклонений нет, со стороны психики — ослабление памяти, угнетенное настроение, беспричинно ревнует мужа, вспыльчива. В течение последних 6 месяцев до начала психотерапии припадки возникали 2 раза в месяц, причем почти всегда по одному припадку во 2-й и 3-й декаде месяца.

Применена гипносуггестивная терапия. С 1-го сеанса наступил глубокий сон. Внушалось «душевное спокойствие, снисходительное отношение к окружающим, отсутствие ревности, хороший ночной сон, уверенность в выздоровлении». В течение следующего месяца припадков не было. В дальнейшем был один припадок ночью «после чрезмерной усталости» и еще один через $1^1/_2$ месяца «после выпитого пива и злоупотребления в сексуальной сфере».

Лечение продолжалось 4 месяца, по одному сеансу в неделю. В течение 6 месяцев не было ни одного припадка, после чего больная переехала в другой город. Таким образом, за 9 месяцев было всего лишь два припадка.

3. Больная 32 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на повторяющиеся 2—3 раза в месяц эпилептические припадки, которыми страдает с 13-летнего возраста. Клиническое наблюдение установило типичность припадка. Проводились сеансы внушения во внушенном сне на протяжении 3 месяцев (сначала 2—3 раза в неделю, затем один раз в неделю, а последние два месяца один раз в месяц). За все это время припадков не было. Согласно полученным сведениям, их не было и в течение последующих 5 месяцев.

Нам не раз приходилось отмечать, что в эпилептической ауре находит отражение содержание травмировавшего психику фактора. Так, например, у одной больной аура перед типичным большим эпилептическим припадком выражалась в виде сильной давящей боли в груди. Выяснилось, что первый ее припадок был вызван изнасилованием, причем во время борьбы насиловавший давил ее в грудь локтем.

Такого рода явления в отношении ауры в свое время наблюдали П. И. Ковалевский (1896) и В. М. Бехтерев (1922). В работе П. П. Подъяпольского (1913) показано, что у больных эпилепсией можно исключить постэпилептическую амнезию при помощи соответствующего внушения в гипнотическом сне. В этих условиях больные могли рассказать о своих переживаниях во время припадков. В этом же направлении были сделаны наблюдения Риклином (Riklin, 1903).

По нашим наблюдениям, психотерапия в бодрствующем состоянии, а особенно во внушенном сне, может быть полезной в борьбе больного с тяжелым сознанием своей «падучей болезни» и с навязчивой тревогой ожидания припадка.

Все это приводит нас к убеждению, что существовавшее среди психиатров и невропатологов мнение о якобы «недопустимости применения внушения и гипноза при эпилепсии» является неправильным. На этот вопрос следует смотреть несколько иначе, чем до сих пор. Имеются все основания ожидать, что более смело предпринятые шаги в этом направлении могут открыть в области изучения эпилептических реакций и их лечения новые важные перспективы. Не следует упускать из виду, что изучение роли психической травмы в развитии эпилептических припадков может быть особенно плодотворным в связи с пересмотром проблемы эпилепсии с физиологической точки зрения, высказанной И. П. Павловым на одной из его сред. Эпилепсия,—говорит И. П. Павлов,— заболевание, сосредоточенное в определенном пункте больших полушарий. В его основе лежит некоторое патологическое состояние изолированного пункта коры.

МАЛЫЕ НЕВРОЗЫ

Психотерапия, проводимая во внушенном сне, оказывается полезной и в случаях так называемых малых неврозов, к которым обычно относят разного рода моносимптомные истероидные реакции (амавроз, мутизм, моноплегии, тики и т. п.), а также наиболее элементарные патологические динамические стереотипы и неадэкватные реакции, не устраняющиеся никакими иными мероприятиями. Сюда же относятся разного рода вредные наклонности, дурные привычки, ночной энурез, непреодолимые страхи, например, боязнь мышей, грозы, крови (доходящая до обморочных состояний, а в особенности при виде крови близких лиц), привычное сосание пальца или губы, постоянное навязчивое высовывание языка (наблюдающееся не только у детей и подростков, но и у взрослых), навязчивый кашель, навязчивая функциональная икота, иногда трактуемая как энцефалитическая. Дежерин и Гоклер (1912) причисляют к этой категории неврозов неодолимую боязнь сквозняков и ощущение их, даже когда их нет.

Приведем некоторые наиболее ярко выраженные примеры малых неврозов.

1. Студент III курса медицинского института не выносит вида ран и крови при хирургических операциях. Это зрелище доводит его до полуобморочного состояния, вследствие чего перед ним стоит вопрос об оставлении медицинского института.

Четыре сеанса внушения во внушенном сне совершенно избавили его от этих реакций. Больной выздоровел и закончил медицинский институт.

2. Больная Н., 52 лет, страдает с 5-летнего возраста навязчивым страхом темноты: боится темной комнаты, что в ее бытовых условиях составляет для нее большую помеху. Эта фобия образовалась и зафиксировалась на всю жизнь после того, как отец сделал попытку отучить ее от детского страха темной комнаты путем принуждения, заставляя ее приносить ему из темной комнаты папиросы. Этим самым был создан больной пункт в виде непреодолимого страха темной комнаты, закрепившийся на всю жизнь.

Проведено два сеанса психотерапии во внушенном сне, после чего фобия была устранена.

3. Больная К., 40 лет, страдает навязчивым движением высовывания языка, которое носит характер вылизывания. В остальном никаких патологических уклонений в ее поведении нет. Безрезультатность предпринятого медикаментозного лечения и упражнений, направленных на задерживание указанных навязчивых движений языка, привела к необходимости уйти с педагогической работы.

Применена психотерапия во внушенном сне. Оказалась хорошо гипнабильной; два сеанса полностью устранили имевшуюся навязчивость, что дало ей возможность вновь вернуться к своей педагогической работе.

4. Девочка 8 лет, страдает с 4 лет навязчивым сосанием нижней губы. По наблюдениям родителей губа непропорционально увеличилась, а иногда отмечались и экскориации ее. Дед девочки страдал этой навязчивостью с детства до зрелого возраста, вследствие чего его нижняя губа была безобразно увеличена. Из боязни того же обезображивания и у дочери родители обратились в диспансер.

Проведен ряд сеансов внушения во внушенном сне, устранивших эту навязчивость. Через 2 года то же навязчивое состояние у нее вновь возникло после гриппа. Снова была применена психотерапия в виде сеансов внушения в дремоте, что устранило невротическое состояние сосания губы. В течение 4 лет наблюдения рецидивы отсутствовали и исчезли также все другие невротические явления. Хорошо успевает в общей и музыкальной школе (наблюдение М. И. Кашпур).

5. Больная Н., 20 лет, панически боится грозы: во время грозы, по словам родителей (отец ее врач), становится невменяемой. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Проведен сеанс внушения: «Боязни грозы у вас больше нет, во время грозы остаетесь совершенно спокойной!». После лечения патологическое явление было устранено. В последующем в течение 28 лет не было ни одного рецидива, о чем мы узнали со слов ее мужа и ее самой. К малым неврозам могут быть отнесены также некоторые более сложные функциональные нарушения. Приведем пример.

Больной М., 52 лет, обратился в психоневрологический диспансер с жалобой на то, что он с некоторого времени не может спокойно носить зубной протез (верхняя челюсть). Из анамнеза выяснилось, что однажды во время своего ответственного доклада больной почувствовал тошноту, которую объяснил только что надетым зубным протезом. Взволновавшись, он должен был значительно сократить свое выступление. В последующие дни подташнивание продолжалось, причем во время выступлений это приводило больного к тяжелым переживаниям, тем более что его работа была связана с частыми публичными выступлениями в районах области. Вскоре чувство тошноты стало возникать не только при ношении зубного протеза, но ипри его надевании. Более того, ко времени обращения больного в диспансер уже одно только приближение протеза ко рту вызывало у него тошноту, резкую перистальтику всего кишечного тракта, сокращение мышц живота и резкие позывы на рвоту.

Лечение в виде нескольких сеансов мотивированных внушений во внушенном сне не дало эффекта. После пробуждения больной не успевал поднести протез ко рту, как тотчас же повторялась описанная весьма бурная реакция. Тогда была применена следующая методика. Больному, погруженному в состояние внушенного сна, было предложено одеть зубной протез. Однако первые попытки, повторяемые несколько раз, не дали эффекта. И только к концу сеанса реакция, сопровождавшая намерение одеть протез, стала значительно слабее.

В следующий раз эти упражнения были вновь повторены, причем к концу 2-го сеанса больной уже на короткий срок одевал протез. Многократное повторение этих упражнений на протяжении четырех сеансов избавило больного полностью от прежних реакций. В последующих четырех сеансах полученный эффект был закреплен. В результате этого все описанные явления прошли, больной совершенно свободно одевал и носил протез, вернулся к обычной своей работе. Положительный катамнез был прослежен в течение 4 месяцев (наблюдение Н. М. Зеленского).

К малым неврозам нужно отнести и так называемые аллергии и идиосинкразии — невыносливость к различным алиментарным и медикаментозным веществам, вызывающим уртикарные реакции. Так, у одной из наблюдаемых прием хинина вызывал квинковский отек лица; другая исследуемая не выносила клубники — после употребления ее появлялась зудящая уртикарная сыпь. У обеих под влиянием лишь одного сеанса внушения в дремотном состоянии установилась нормальная выносливость к этим веществам. Однажды нам пришлось наблюдать устранение путем внушения во внушенном сне анафилактической крапивницы с мучительным зудом (К. И. Платонов, 1925а).

А. И. Картамышев (1942) наблюдал больного 41 года, у которого под влиянием приема плазмохина сначала через 4 часа, а затем через 2 часа после приема по всему телу появлялась зудящая крапивница, которую при каждом курсе лечения малярии приходилось устранять инъекциями морфина. В дальнейшем были проведены сеансы внушения во внушенном сне, причем уже одного такого сеанса оказалось достаточным для того, чтобы указанное осложнение было устранено. Таким же словесным воз-

действием удавалось устранять такие же реакции, возникавшие при применении неосальварсана. А. И. Картамышев, естественно, сделал вывод, что аллергические дерматозы не следует считать нозологической единицей, так как они могут вызываться различными факторами.

Приводим некоторые из наблюдавшихся нами наиболее сложных невротических заболеваний, анализ которых может содействовать пониманию условий их развития, выяснению лежащих в их основе патофизиологических механизмов, а также определению необходимых в таких случаях приемов терапевтического воздействия. В этих наблюдениях особенно отчетливо выступает положительное значение психотерапии, проводимой именно во внушенном сне.

НЕВРОЗЫ, СЛОЖНЫЕ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ И МЕТОДИКЕ ПСИХОТЕРАПИИ

В какой мере психотерапия во внушенном сне может быть действенным средством, показывает следующий пример, редкий по своей чрезвычайной тяжести и сложности не только в этиологическом отношении, но и по клиническим проявлениям.

1. Больная С., 24 лет, обратилась к нам в июне 1924 г. с жалобами на постоянное тревожно-подавленное состояние, повышенную раздражительность, резкое исхудание, общую слабость, расстройство сна, кошмарные сновидения (засыпает лишь под утро, «когда оживает город»). Но главным образом ее мучил ряд навязчивых страхов с мучительными переживаниями.

Из-за этих непреодолимых страхов и навязчивостей больная ведет «отшельнический образ жизни», стала «полным инвалидом», в то время как до заболевания была синтонна и стенична. Проявляет стремление к выздоровлению, раздражена полной безрезультатностью лечения.

Болезнь началась в 1918 г. после ряда тяжелых острых и длительных переживаний в период гражданской войны, предопределивших содержание ее фобий, образовавшихся и зафиксировавшихся в виде корковых больных пунктов или же в виде патологических временных связей.

Приводимое ниже описание этиологических моментов и условий образования сложного комплекса фобий, составленное со слов больной, проверявшееся гипноанализом, раскрывает картину пережитой ею психической травмы. Начнем с более детального рассмотрения предъявленных ею жалоб.

а) Боязнь самостоятельно ходить по улицам (вообще по широким пространствам). Пугают далекие расстояния, поэтому может отойти от дома самостоятельно лишь на близкое расстояние. При попытке же пойти куда-либо дальше ее охватывает непреодолимый ужас, темнеет в глазах, появляется сердцебиение, возникает общее дрожание, «подкашиваются и отнимаются ноги». Поэтому на далекие расстояния может ходить только в сопровождении мужа.

б) Боязнь толпы. Среди толпы ее охватывает непреодолимый ужас, вследствие чего, попадая в толпу, всеми силами вырывается из нее, преодолевая все препятствия. Не выходит на улицу, когда там почему-либо много людей. Выходя в город с мужем, избегает толпы. Из-за этого никогда не ходит в кино, в театр и на собрания. Боится ездить в трамвае, так как возникает «боязнь невозможности выйти из вагона».

в) Боязнь замкнутых пространств с запертыми дверями. Больную охватывает сильная тревога, если узнает, что дверь комнаты или же выходная дверь из квартиры заперта на ключ. Эта тревога переходит в непреодолимое чувство ужаса и в состояние крайнего двигательного возбуждения. В таких случаях с криком бросает-

ся к двери и стремится во что бы то ни стало ее отпереть. Где бы она ни находилась (например, у знакомых, у соседей), ее всегда тревожит вопрос о выходной двери. Даже если в комнате есть люди, она всегда поглощена мыслью о выходной двери и охвачена постоянным страхом: «заперта дверь или нет?», «а вдруг дверь заперта!». «Как хищный зверь следит за добычей, так я за дверью», — говорит больная. Если она знает, что дверь не заперта и в замке она видит ключ, у нее возникает навязчивая мысль: «А вдруг запрут!» или: «А вдруг застрянет ключ и не смогут открыть!» и она не сможет выйти из комнаты. Ее преследует и другой навязчивый вопрос: «Как спастись, как выйти на улицу?». И тотчас же внимание направляется или на другую дверь (если она имеется), или на окно. Она всегда должна проверить, высоко ли окно от земли, можно ли выпрыгнуть без повреждений и бежать. Если это происходит зимой, то можно ли его открыть или разбить и т. п. Поэтому, придя в чужой дом, она ни на минуту не остается спокойной. Бывали случаи, когда больная не могла себя сдержать и с шумом отпирала запертую дверь, а иногда выламывала замок (если дверь долго не отпиралась). Выскочив, однако, на улицу, больная тотчас же успокаивалась. Вследствие этого приходится дверь в комнате всегда держать полуоткрытой, предупреждать соседей по коридору в отношении общей выходной двери, а дверь из коридора на лестницу не запирать, чтобы больная знала, что нет никаких препятствий к выходу. Наружная дверь ее квартиры запирается на специальную задвижку, которую можно легко и беспрепятственно отодвинуть. Все наружные крючки и задвижки упразднены.

г) Боязнь сумерек, темноты, ночной тишины (особенно на улице и у себя в квартире). При наступлении темноты и ночной тишины больной овладевает тревога, начинается шум в голове, головокружение, озноб, суетливость. Вскакивает с постели (если это случается ночью), будит мужа, а если последний отсутствует, будит соседей по квартире. Засыпает лишь на рассвете.

д) Боязнь езды по железной дороге. «В вагонах заперты двери», «много людей», а кроме того, преследует навязчивая мысль: «А вдруг поезд остановится далеко от станции, где-нибудь в поле!». Находясь в вагоне, испытывает непреодолимое чувство крайнего беспокойства, приливы к голове («сжатие головы»), учащенное сердцебиение и пр.

е) Пугает невозможность быстро раздеться, в частности, быстро снять с себя надетую обувь, расшнуровать ботинки: совершая эту процедуру, всегда очень волнуется и ее все более охватывает мучительная поспешность и непреодолимое чувство страха.

Все описанное вынуждает больную нигде не бывать и уже в течение 5 лет не принимать участия в общественной жизни. Вследствие этого ее жизнь «превратилась в тяжелое мучительное прозябание, без пользы себе и другим и в тягость мужу», который «силой обстоятельств оказался прикованным к ней», так как только его присутствие вносит относительное успокоение. Все время находится в тревожном, угнетенном состоянии, раздражительна, часто плачет, нарушен сон, кошмарные сновидения. Все время проводит дома, занимаясь в ограниченных пределах домашним хозяйством. Все эти годы лечилась в поликлиниках и у многих врачей. Однако ни фармакотерапия, ни электролечение и водолечение не давали улучшения, а наоборот, состояние здоровья прогрессивно ухудшалось.

Будучи по натуре очень подвижной, она тяжело переживает сознание своей болезненной беспомощности. Отсутствие надежды на выздоровление приводит ее в отчаяние. По словам ее мужа, в один из таких приступов она пыталась покончить с собой.

Направлена на психотерапию. Пришла к нам в сопровождении мужа в тяжелом угнетенно-тревожном состоянии. В первой беседе с большим трудом нам удалось узнать главное из ее страданий, причем часть сведений была нами получена от мужа, так как больная настолько сильно реагировала на определенные события своей жизни, что невозможно было на них детально останавливаться, да и сама больная просила не касаться этих воспоминаний. И только впоследствии, после ее выздоровления, после подробного анамнеза мы получили, наконец, возможность вскрыть механизм развития каждой отдельной ее фобии.

Анамнез. Дочь сельского учителя, наследственность не отягощена, развивалась физически хорошо. По характеру энергичная, общительная, стенична, при случае совершала очень смелые поступки. Наряду с этим, с детства была пуглива (результат запугивания в детстве русалками, лешими, сумасшедшими), но по мере развития эта пугливость ослабела.

Рассмотрим эпизоды, которые обусловили развитие невротических симптомов.

В 13-летнем возрасте (1913), идя в лес за грибами, должна была перейти через поле. Незаметно зашла в чащу, чего-то испугалась, ее охватил ужас, она бросилась бежать и бежала, «вся онемев от страха». Выбежав в поле, продолжала испытывать страх, усиливавшийся при приближении к середине пути и постепенно ослабевавший по мере приближения к дому. Для ослабления страха искусала до крови большой палец руки.

В конце 1914 г. в связи с войной в числе других беженцев переехала в Екатеринослав (ныне Днепропетровск), при переезде отстала от родителей, поступила работницей на завод. Несмотря на одиночество, тяжесть жизненных условий и свой 15-летний возраст, всегда добивалась цели сама, без помощи других, стойко преодолевая препятствия и трудности. В 1917 г. переехала к родителям, которых после долгих усилий разыскала в Изюме.

С конца 1917 г. (во время гетманщины и петлюровщины) стала принимать участие в повстанческом движении. Скрывалась в лесу от захвата и расстрела. В июле 1918 г. в 18-летнем возрасте подверглась нападению большой банды петлюровцев. В ноябре 1918 г. перенесла крушение поезда: была придавлена стенкой вагона и вытащена через окно. Пережив кошмарную картину крушения, бросилась «бежать, куда глаза глядят». Очутившись в поле одна, вновь пережила ужас, причем особенный трепет у нее вызывала «какая-то зловещая тишина». В дальнейшем энергично работала, ожидая прихода Красной Армии.

В начале 1919 г. подверглась преследованиям со стороны белых. Опасаясь возможности ареста, часто меняла место жительства. По приходе Красной Армии, воодушевленная борьбой, работала бесстрашно на броневике. Однажды очутилась в безвыходном положении: она одна в городе, занятом неприятелем, с очень важными документами. На улицах еще продолжалась стрельба. Идя одна по пустым улицам, была охвачена ужасом, но удалось укрыться. Так как за ней уже следили и были попытки ее арестовать, бежала с чужим паспортом к родным, за 100 км. Ехала в вагоне одна, ночью; в страхе быть арестованной, не доехав до станции, скрылась в лесу, ожидая рассвета. Утром пришла к родным, весь день провела в тревоге, а ночь в страхе: «вот-вот арестуют, нужно бежать, куда-то скрыться».

На 2-й день была арестована и заперта в отдельной комнате на ключ. Всю ночь не спала, обдумывая план побега. Рано утром урядник пытался ее изнасиловать, но она оказала отчаянное сопротивление. Сказав: «Так ты сгниешь в тюрьме!», он вышел и снова запер дверь. Ее охватил ужас

и отчаяние, ей казалось, что она, действительно, здесь сгниет. Представилась картина из повести Горького «Мать». Вскоре была выпущена на поруки, оставалась дома, боясь выйти на улицу. Чувствовала себя спокойнее у окна, через которое «в случае чего можно было скрыться».

Через несколько дней, поздно вечером, вторичный арест. Стойко перенесла оскорбления при допросе. Вынесен приговор к избиению шомполами, а через несколько дней ввиду приближения Красной Армии *приговорена к расстрелу. В сопровождении охраны вместе с другими в* сумерках была повезена на расстрел. В состоянии ужаса и безвыходности ехала через поле. Пробыв трое суток в тюрьме как «смертница», была на ночь переведена на квартиру начальника карательного отряда и заперта в комнате, где на столе было оружие и ручные гранаты. Начальник, грозя расправой при сопротивлении, требовал отдаться ему. Сопротивляясь, она разбила окно с целью бежать через него. В борьбе потеряла все силы и была изнасилована. В бессознательном состоянии отвезена в больницу, откуда через несколько дней вновь взята для совершения приговора. Но стражник помог ей бежать через окно. Рассказывает, как она, волнуясь, расшнуровывала ботинки, чтобы снять их для побега. Два дня укрывалась по знакомым в ожидании прихода Красной Армии.

Началось отступление неприятеля. Город был погружен во мрак, «наступила жуткая тишина». Когда вышла на улицу, не зная, куда итти, ее «охватил ужас одиночества». На утро пришли красноармейские разведчики. При встрече с одним из них бросилась к нему с криком: «Я спасена!» и упала без сознания. Медицинским персоналом Красной Армии ей была оказана помощь.

После наступившего успокоения начались розыски расстрелянных родственников. В поле, в 2 км от города, она обнаружила в овраге труп расстрелянного отца. Во время разбора трупов вдруг раздались крики: «Наступают белые, спасайтесь в город!» В смятении от невозможности преодолеть далекое расстояние и окружающее пустое широкое поле, где негде укрыться, у нее подкосились ноги, ей казалось, что сходит с ума. Потеряла сознание, не помнит, как была довезена в город. Больная некоторое время находи*лась в сумеречном состоянии, страдая психогенными галлюцинациями* и иллюзиями, отражавшими пережитое. Ее состояние было таково, что местные врачи заявили родственникам о безнадежности ее лечения. Заботу о ней взял на себя молодой партизан, теперешний ее муж.

По прекращении ее острого невротического состояния и некоторых тяжелых симптомов (сумеречное состояние, галлюцинации) начали проявляться все описанные выше фобии. Вследствие этого вела тяжелый для нее и для мужа отшельнический образ жизни, в постоянных страхах, которые довели ее до физического истощения.

Психотерапия в форме внушения во внушенном сне была начата в июне 1924 г. Внушалось успокоение, забвение пережитого и страхов, уверенность в выздоровлении, веры в свои силы и трудоспособность, хороший ночной сон. После первого же сеанса, проведенного в дремотном состоянии, отмечено резкое улучшение общего состояния. Последующие сеансы сопровождались длительным (часовым) внушением сном-отдыхом. Это привело к прогрессирующему улучшению ее состояния. После 10-го сеанса состояние настолько улучшилось, что больная стала вести самостоятельный образ жизни: свободно ходила днем и ночью по городу, ездила в трамвае, исчезла боязнь толпы и пр. После 25-го сеанса почувствовала себя «очень хорошо»: появился интерес к жизни, не боится

запертых дверей, сумерек, темноты, ночной тишины, посещает изредка кино. В ноябре того же года приступила к работе.

Решилась, наконец, совершить поездку по железной дороге к матери, которая закончилась благополучно, прошла 5 км по полю самостоятельно и спокойно. Чувствовала себя совершенно здоровой, исчезли все страхи. В течение ряда последующих лет вела общественную работу, была членом Горсовета, посещала многолюдные заседания в здании Горсовета, в театрах, вела обследование за городом, ходила самостоятельно и днем, и ночью, ведя сложную трудовую и общественную жизнь. Несмотря на новые переживания, старые фобии не возобновлялись. А развивавшееся время от времени (до 1934 г.) общее невротическое состояние устранялось одним-двумя сеансами внушения в дремоте.

В 1934—1946 гг. была здорова и работоспособна. Во время Великой Отечественной войны работала в Армии медицинской сестрой, участвовала в форсировании Днепра.

Только в 1947 г. больная снова обратилась к нам в диспансер по поводу нерезко выраженного рецидива некоторых фобий, возникшего на фоне климакса.

Данная больная, повидимому, принадлежавшая к сильному, уравновешенному и подвижному типу нервной системы и к специальному среднему, подверглась ряду повторных чрезвычайно сильных для ее нервной системы «трудных встреч», сопровождавшихся крайним эмоциональным напряжением.

В итоге хроническое перенапряжение основных нервных процессов привело к срыву тормозного процесса с резким падением положительного тонуса коры мозга и патологическим превалированием подкорки. На этой основе возник сложный комплекс фобий, образовавшихся по физиологическому механизму временной связи. В основе же некоторых других развившихся таким путем симптомов навязчивого невроза были больные пункты коры мозга с застойностью раздражительного процесса. Отсюда наш диагноз: навязчивый невроз в виде полифобий.

Следует сказать, что если до заболевания больную можно было отнести к сильному типу нервной системы (судя по ее поведению в период гражданской войны), то в дальнейшем, вследствие ряда перенесенных тяжелых психических травм, ее нервная система была резко ослаблена. Тем не менее прирожденные свойства прежнего сильного типа, повидимому, могли сказаться в том быстром и стойком выздоровлении, которое наступило после психотерапии. Спустя много лет, уже в климактерическом периоде, у нее возникло ослабление корковых процессов, которое привело к тому, что некоторые из фобий вновь стали спорадически проявляться, хотя и в ослабленной степени.

Приведем другой пример сложного невроза.

2. Больная Б., 42 лет, доставлена к нам дочерью в феврале 1932 г. с жалобами на подавленное психическое состояние, резко выраженную апатию, полную неработоспособность, чрезмерную раздражительность, вспыльчивость «до помрачения рассудка», общую физическую слабость, постоянные боли в области сердца, головные боли и неприятные ощущения в области малого таза. Особенно же ее тяготит бессонница, постоянное чрезмерно повышенное сексуальное возбуждение и эротические сновидения (каждую ночь). При этом крайне угнетена полной безрезультатностью лечения, как и упорной борьбы с описанным состоянием, особенно резко проявлявшимся с 1918 г. и непрерывно прогрессирующим, вопреки стремлению к выздоровлению «ради детей и ради дела».

В детстве была тихой, способной девочкой, училась хорошо, до 1908 г. была здорова, жизнерадостна, уравновешена, энергична. С 1905 г. (с 15 лет)

занималась подпольной революционной работой и, будучи очень активной, выполняла ответственные задания, связанные с большим риском. В 1907 г. была дважды арестована, а в 1908 г. сослана в Сибирь. В Челябинской тюрьме 5-дневная обструкция и голодовка, во время которой при столкновении с часовым получила удар прикладом ружья в правое ухо и висок. Упала, потеряв сознание. После этого развилось угнетенное состояние, длившееся несколько месяцев, повышенная нервозность, наклонность к слезам, тревожный сон, плач во сне, бывали «нервные припадки с судорогами» и частые приступы болей в ушибленном месте головы. После тюрьмы жила в ссылке на поселении, самочувствие улучшилось, осталась лишь некоторая повышенная нервозность. Наряду с работой по специальности, усиленно занималась самообразованием. В 1910 г., будучи еще в ссылке, вышла замуж по любви, прожила с мужем 5 лет, однако в половом отношении полного удовлетворения не получала. Через год после замужества родила сына. За 2 месяца до родов была арестована и провела 2 месяца в тюрьме. Через 2 года родила дочь. В течение всего времени с 1912 по 1916 г. была относительно спокойна, лишь изредка бывали боли в месте ушиба головы.

С 1916 г. усилилась раздражительность, которая ставится в связь с гиперсексуальностью и аморальным образом жизни мужа.

В 1918 г. перенесла ужасы ярославского контрреволюционного восстания и пожара, а затем тяжелую болезнь своих детей. После ярославских событий покинула мужа и с двумя детьми уехала в Сибирь, где в весьма тяжелых условиях с большим напряжением вела подпольную работу. В 1919 г. перенесла сыпной и брюшной тиф, крупозное воспаление легких. Тяжелые условия работы ухудшили состояние ее здоровья, изредка стали появляться реактивные судорожные (судя по описанию больной) припадки, как реакция на пережитое и трудные для нее условия фронтовой жизни. В 1920—1921 гг. вела активную общественную работу в Сибири. Этот период жизни больной характеризуется умеренно повышенной нервной *возбудимостью, нерезко выраженным половым чувством, редкими реактивными* судорожными припадками. С 1921 по 1924 г. работала в Житомире в детском доме в качестве воспитательницы дефективных детей. В 1923 г. писала свои воспоминания, что усилило ее невротическое состояние, в связи с чем участились судорожные припадки с потерей сознания, кошмарные сновидения, воспроизводящие все пережитое ею в прошлом. Наряду с этим, бывали и тяжелые эротические сновидения, обусловленные перенапряжением суксуального чувства, которое давало о себе знать с 1919 г., но тем не менее подавлялось обычно без особого напряжения. Однако такое состояние повышенной сексуальной возбудимости, как и общей возбудимости (с припадками), нараставшее в течение года, сделало ее «тягостной и для самой себя, и для окружающих». В 1924 г. $2\frac{1}{2}$ месяца лечилась в санатории (физиотерапия). Выписалась с небольшим улучшением.

После возвращения из санатория обратилась к врачу с просьбой облегчить ее состояние и восстановить работоспособность, но получила сильно травмировавший ее психику совет: «Выходите замуж! Нужно работать! Больше ничего не могу сказать и сделать!». Зародилось отрицательное отношение к медицине.

В 1925 г. пережила психическую травму — потеряла важные служебные документы. В результате возник острый аффективный приступ, двигательное возбуждение в течение нескольких часов, сумеречное состояние сознания (со слов больной). Помещена в психиатрическую больницу, где пробыла несколько месяцев (диагноз «истерический психоз»). Выписалась в хорошем во всех отношениях состоянии.

В 1928—1929 гг. работала на картонажной фабрике, проявлялась раздражительность, неуравновешенность, вспыльчивость, была «злая». Состояние особенно резко ухудшилось в 1929 г., когда ко всему этому присоединились упорные боли в животе. В поликлинике ставились диагнозы колита, подвижной почки, аппендицита. Была на курортном лечении на Березовских минеральных водах, которое облегчения не дало: боли и состояние общей повышенной раздражительности и аффективности продолжались.

В 1930—1931 гг. работала в качестве заведующей детским санаторием. Все эти годы половая возбудимость нарастала, однако больная ни с кем не вступала в половую связь и постоянно боролась с этим чувством. Все же в 1931 г. имела половую жизнь в течение одного месяца. Это ее несколько успокоило, но не дало морального удовлетворения, и она порвала связь. Относительно успокоившееся половое возбуждение с течением времени снова вспыхнуло, вновь усилилась общая раздражительность, появились кошмарные сновидения и не только эротического характера, но и из пережитого прошлого — тюрьма, фронт, ссылка и пр. К весне 1932 г. общее состояние еще более ухудшилось: стала крайне неуравновешенной, аффективной, сделалась невыносимой для окружающих, получила кличку «злой истерички». У больной резко снизилась работоспособность, возникло подавленное состояние и мысли о самоубийстве как единственном выходе.

Получила путевку в Бердянск (ныне курорт Осипенко), но там чувствовала себя очень плохо: если до курорта приступы полового возбуждения ею подавлялись, то здесь «борьба с самой собой» стала бесплодной, в связи с чем все больше проявлялась общая раздражительность, усиливавшаяся вследствие «тщательного скрывания своего состояния от окружающих». Другие причины также ухудшили ее состояние. Так, кинокартина из эпохи гражданской войны и вечер воспоминаний партизан вызвали судорожный припадок с потерей сознания. Кроме того, возникли тяжелые переживания, связанные с грубым отношением одного из врачей, считавшего ее «неизлечимой и невыносимой истеричкой». Все это довело ее до отчаяния и она совершила попытку самоубийства.

Возвратилась домой в угнетенном состоянии, «без надежды на выздоровление». Здесь, «не находя выхода из своего невыносимо тяжелого состояния», общей нервозности, раздражительности, тоски и непреодолимого эротизма, она сделала попытку к самоубийству (через повешение), но была во-время спасена дочерью. После этого случая она была приведена к нам.

Больная обратилась с просьбой направить ее на психотерапию, чтобы «избавить от эротизма, дать ей сон и восстановить работоспособность». Она подчеркнула, что это ее «последняя надежда и последняя попытка лечиться». В медицину не верит. «Повидимому, — говорила она нам, — врачи еще не могут понять того, что делается с такими больными, как к ним нужно подходить и как их лечить!».

Учитывая общее состояние, отсутствие веры в выздоровление и восстановление работоспособности, а главное, наличие гиперэротизма и связанной с ним бессонницы, мы нашли необходимым вызвать у больной оптимистическое настроение и устранить главный раздражающий этиологический фактор — сексуальный. В течение получаса удалось погрузить ее в глубокую дремоту, во время которой делались внушения: «Пережитое забыто, сексуальное возбуждение больше не беспокоит, ночной сон крепкий и спокойный, без сновидений» и т. д. После этих внушений был проведен одночасовой сеанс внушенного сна-отдыха с повторными внушениями: «Сейчас испытываете полный отдых от всего пережитого!».

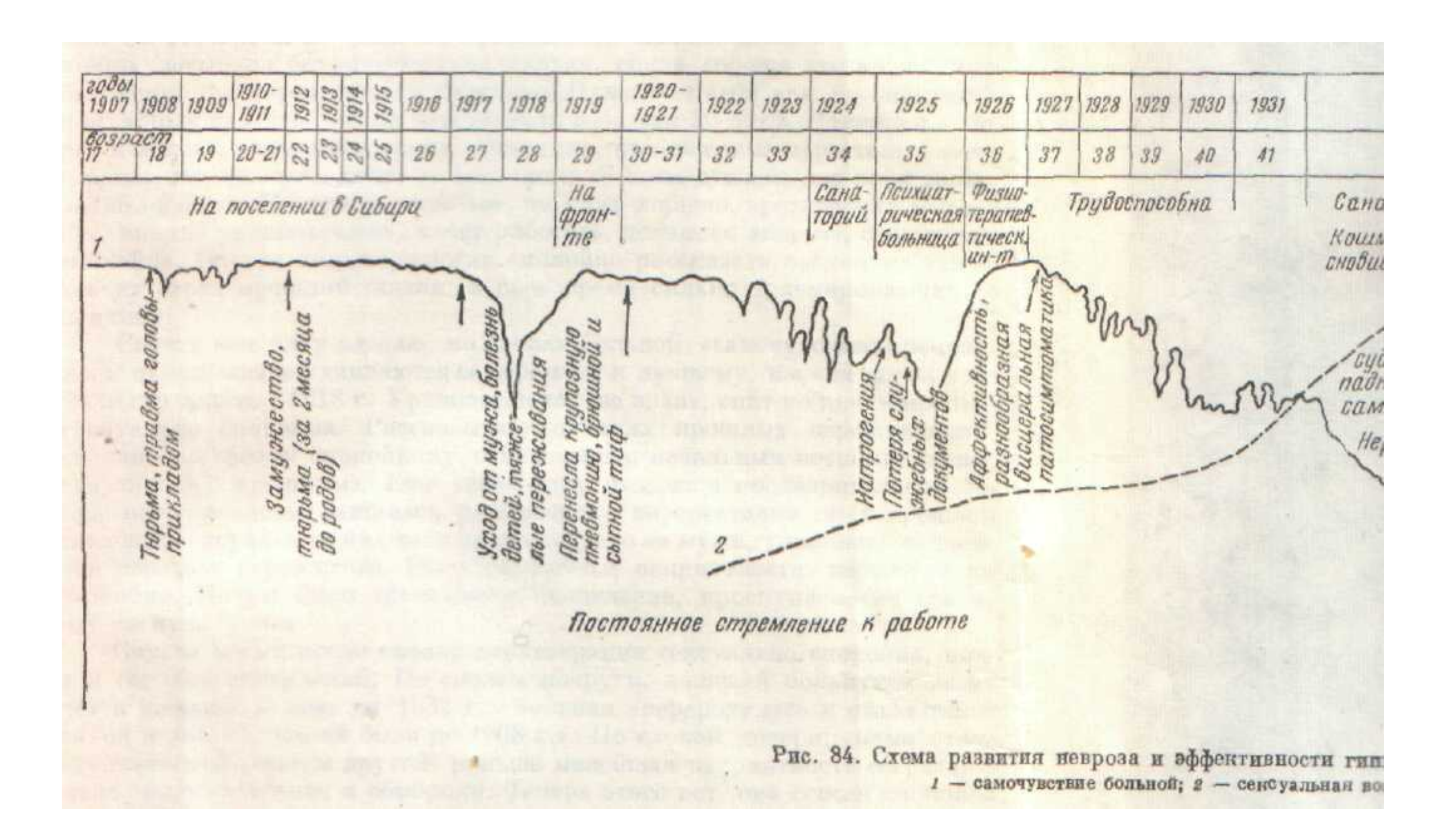
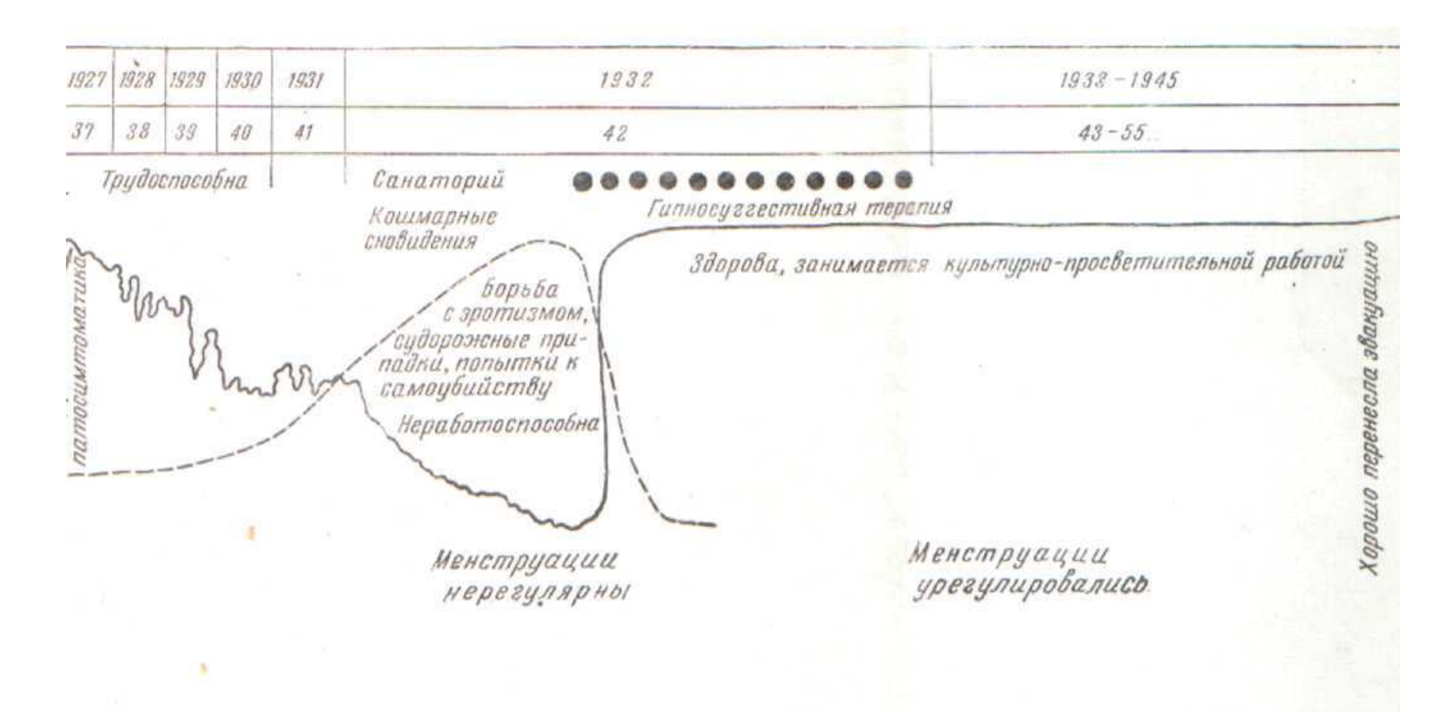


Рис. 84. Схема развития невроза и эффективности гип

1 — самочувствие больной; *2* — сексуальная во



я невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.
вствие больной; 2 — сексуальная возбудимость.

После сеанса ушла в значительно успокоенном и облегченном состоянии.

Придя через 2 дня на 2-й сеанс, заявила, что эти 2 дня она себя «так хорошо чувствовала, как давно уже не помнит!». Днем была значительно спокойнее, вечером почувствовала половое возбуждение, но поборола его путем отвлечения внимания и вскоре заснула, ночью было одно эротическое сновидение. В следующую ночь такое же сновидение снова было, но уже без каких-либо сопровождающих ощущений. Второй сеанс психотерапии с последующим внушенным сном-отдыхом был проведен в глубоком сне.

Третий сеанс был проведен через день после второго во внушенном сне. За это время не было ни эротических мыслей днем, ни сновидений ночью, засыпала без эротических картин, спала хорошо две ночи. Днем был испуг, но перенесла его спокойно. Чувствует себя как бы обновленной: «Могу сказать, что не чувствовала себя так 20 лет!». Появился интерес к жизни, влечение к труду. Отметила, что «впервые перестало болеть сердце», *которое уже давно ее беспокоит. В последующие две ночи сновидений* не было. Не сразу засыпает, но спит хорошо, эротических мыслей нет, вполне уравновешена, хочет работать, появился аппетит, сексуально спокойна. Спустя неделю, смогла спокойно рассказать несколько эпизодов из своей прошлой жизни, в свое время сильно травмировавших ее психику.

Спустя еще одну неделю, по словам больной, «самочувствие прекрасное»: окружающие удивляются ее перемене к лучшему, начала шить, чего не могла делать с 1918 г. Уравновешена, «не злая», спит по ночам крепко, сексуально спокойна. Рассказывает о своих прошлых переживаниях, «удивляясь своему спокойному отношению к печальным воспоминаниям, связанным с прошлым». Еще через одну неделю в предварительной беседе перед сеансом решилась рассказать о перенесенном ею в прошлом тяжелом сексуальном издевательстве над нею ее мужа, удивилась спокойной *передаче пережитого. Были служебные неприятности, перенесла их* спокойно. Ночью было эротическое сновидение, проснулась, но сейчас же заснула снова.

Спустя месяц после *начала психотерапии сексуально спокойна*, ночной сон без сновидений. По словам подруги, знавшей больную с юных лет и жившей с нею до 1932 г., больная «переродилась и стала такой тихой и доброй, какой была до 1908 г.». По словам дочери, «мама стала неузнаваемой, совсем другой: раньше малейшая неприятность ее раздражала, вызывала плач и обмороки. Теперь этого нет, она совсем спокойна и весела. В последующие дни самочувствие хорошее, работала в торговой сети. Несмотря на суетливую и нервирующую работу продавщицы, она все же была уравновешена, спокойна; при общении с покупателями не нервничает, хотя поводы к тому и бывают. Через 2 месяца появились менструации, эротического возбуждения не было, бодра, настроение и *самочувствие хорошие.*

Этими 12 сеансами психотерапии во внушенном сне мы ограничили курс лечения, так как их оказалось достаточно, чтобы, как выразилась больная, «вновь вернуться к здоровой трудовой жизни и быть спокойной в сексуальном отношении».

Через год после начала лечения она снова была на санаторном лечении в том же санатории в Осипенко. Оттуда мы получили от нее письмо следующего содержания: «Никаких прежних болезненных проявлений не испытываю, сохраняется бодрое и хорошее состояние, сплю глубоким сном, как вы мне внушили. Лечащий меня врач заявил, что я „нисколько не напоминаю ту, какой я была раньше“» (этот врач наблюдал больную

на курорте). Положительный катамнез до 1950 г. В период Великой Отечественной войны была эвакуирована, вела активную общественную работу, демонстрировалась на конференции врачей (рис. 84).

Интерес данного случая заключается в сложности этиологических факторов: смешанная травматизация — физическая травма головы и ряд пережитых тяжелых пролонгированных психических травм с длительным упорным перенапряжением тормозного процесса. В то же время нервная система больной, повидимому, относилась к сильному типу. Так, в первые годы после пережитых психических травм работоспособность ее быстро восстанавливалась, а стремление к выздоровлению оставалось сильным и доминирующим. Кроме того, результат психотерапии был быстрым и стойким. В итоге длительного перенапряжения тормозного процесса в области сексуальной сферы произошел срыв. Картина срыва выразилась также в виде суицидальных попыток. Таким образом, доминирующим фактором было «буйство подкорки». Немалую роль сыграли и случаи ятрогении, обусловленной полным непониманием врачами последствий длительной и многократной психической травматизации.

Так как кора мозга больной была в состоянии резко сниженного тонуса, больная оказалась хорошо гипнабильной. В силу этого примененная нами психотерапия дала стойкий положительный эффект. Больная стала спокойной, уравновешенной и работоспособной. Возобновились менструации, прекращение которых было вызвано именно невротическим состоянием, а не климаксом (42 года), как это считалось врачами.

Результат лечения был весьма стойким: он сохранялся в течение последующих 20 лет. Наш диагноз: пролонгированный реактивный истерический невроз в тяжелой форме.

Следует отметить, что анамнез удалось установить окончательно лишь после трех первых сеансов внушения во внушенном сне и последующего внушенного глубокого ночного сна, когда корковая динамика больной нормализовалась.

Остановимся на рассмотрении еще одного случая, также сложного как по этиологии и патогенезу, так и по клинической симптоматике.

3. Больная К., 29 лет, обратилась к нам в ноябре 1937 г. Физически истощена, вследствие чего вынуждена лежать в постели, предъявляет жалобы на чрезмерную раздражительность, угнетенное состояние, общую слабость, крайне тревожный сон, отсутствие аппетита, боли в подложечной области, особенно после еды. Уверена в своей неизлечимости, угнетена постоянными тяжелыми мыслями, хозяйство и дети заброшены. Болеет в течение 6 лет, причем все виды лечения, применявшиеся терапевтами, безрезультатны. До того была совершенно здорова и работоспособна, уравновешена и энергична. Наследственность здоровая: дед и бабка по линии матери прожили до 100 лет.

Анамнез (со слов мужа): до заболевания была здорова, работоспособна, энергична. Шесть лет назад были тяжелые роды с осложнениями, после родов в течение 2 месяцев была упорная экзема в нижней части живота и на бедрах, в связи с чем стала крайне раздражительной. Через 2 года вторые роды, родила двух близнецов. После родов вновь возникла экзема в течение 4 месяцев. Раздражительность снова стала нарастать. Причем, по ее словам, муж и дочь, которую вообще недолюбливала, ее «особенно раздражают!». Появилась эмоциогенная рвота, стала развиваться мнительность и постоянные тревожные мысли, возник чрезмерный страх перед третьей беременностью, в связи с чем избегала половых сношений, на этой почве происходили конфликты с мужем. Однако через год снова забеременела, произведен аборт, сопровождавшийся обильным кровотечением. В связи со страхом перед новой беременностью постоянные слезы,

чрезмерная раздражительность, общая слабость, проводит по 2—3 ночи без сна или же часто пробуждается среди ночи в страхе с учащенным сердцебиением, в холодном поту. Возникла «забывчивость», рассеянность, быстрая утомляемость, причем к концу года уже совсем не могла работать, впала в резко угнетенное состояние, почти ничего не ела — ее кормили насильно. Муж и дочь стали раздражать ее еще больше. С течением времени ухудшение прогрессировало, возникли полиалгии, эмоциогенные экземы, развилась чрезмерная внушаемость и самовнушаемость, вплоть до признаков ложной беременности и появления на коже опухолевидных образований и болевых ощущений. Так, однажды у нее на руке возникла болезненная гематома после того, как она увидела, что велосипедист сильно поранил себе руку. Все это появлялось также после разговоров о болезнях. Так, когда больная узнала, что у ее матери язва желудка, у первой стали возникать после еды боли в подложечной области. Решив, что «и у нее язва желудка», она перестала есть и почти голодала. Затем под влиянием мыслей о возможной беременности вновь стали проявляться соответствующие симптомы (нагрубание молочных желез, усиление пигментации ареол, тошнота, рвота и другие проявления токсикоза). Диагноз врачей: «глубокая истерия, требующая длительного лечения и перевоспитания».

На основе длительного перенапряжения тормозного процесса у больной, повидимому, принадлежавшей к сильному варианту слабого общего типа нервной системы и к специальному художественному, постепенно значительно ослабел тонус коры мозга и развилась картина глубокого истерического невроза.

При анализе причин, обусловивших возникновение заболевания, была выяснена прямая его связь с теми конфликтами, которые у нее были с мужем. Однако причина была более глубокой, связанной с супружеством и семейной жизнью вообще. Дело в том, что, отдавая много времени научной работе, больная была далека от «мелочных интересов» семейной жизни и потому считала, что «материнство будет прямой помехой ее научному движению вперед». Выходя замуж без большой охоты, она не желала иметь детей. Первые 3 года замужества протекали для нее спокойно, хотя и при некоторой настороженности в отношении беременности, державшей ее в известном психическом напряжении. Однако в дальнейшем муж настойчиво желал иметь детей. Наступили «ненавистные беременности», тяжелые роды и последующие хирургические вмешательства. Все эти факторы явились для нее сверхсильными раздражителями, обусловившими срыв высшей нервной деятельности.

Таким образом, больная постоянно находилась в условиях трудной сшибки противоположных корковых процессов: она тормозила свои стремления, пытаясь примириться с ненавистной ей ролью «семьянинки». В такой обстановке конфликта «единственным виновником неудавшейся жизни» стал ее муж, к которому больная стала проявлять неприязненное отношение

Учитывая характер данного невроза и его структуру, мы решили применить психотерапию во внушенном сне (без применения каких-либо других лечебных средств) с последующим внушенным сном-отдыхом после каждого сеанса, тем более что все попытки успокоения и разъяснения, *проводившиеся в бодрствующем состоянии, больную лишь раздражали*. Как можно было ожидать, больная оказалась хорошо гипнабильной и при первой же попытке усыпления быстро и глубоко заснула. Во время сеанса обнадежили больную в выздоровлении и возвращении трудоспособности, в возможности вести научно-исследовательскую работу и при сложившейся семейной обстановке: внушали положительное отношение

к мужу и детям и т. д. Наряду с этим, внушался спокойный ночной сон, хороший аппетит, забвение перенесенных переживаний. После 1-го сеанса отмечено резкое улучшение: в тот же день впервые за долгое время после еды не испытывала болей, всю ночь спала хорошо. После следующих трех сеансов был ликвидирован весь синдром. Положительный катамнез 16 лет: работоспособна, уравновешена, адекватна, как и до болезни, плодотворно работает по своей специальности, совершенно не проявляя признаков истерии. По выздоровлении дважды демонстрировалась на декадниках Украинского психоневрологического института. Диагноз: ситуационный реактивный истерический невроз.

Интерес описанного случая заключается в том, что характер клинического синдрома давал все основания диагносцировать у больной конституциональную истерию, якобы обусловленную крайним слабым типом нервной системы. Однако анализ прошлого, а главное, быстрый и стойкий эффект гипносуггестивной терапии говорили о том, что у данной больной имелась пролонгированная истерическая реакция, поддерживавшаяся неблагоприятной семейной ситуацией и потому получившая затяжной характер. Путем соответствующей психотерапии отношение больной к этой ситуации было изменено, что и привело к устранению всего патологического синдрома.

4. Больная С., 35 лет, обратилась с жалобами на крайнюю раздражительность, причем при раздражении говорить тихо не может, «чем больше раздражается, тем больше кричит», часто до исступления, до потери голоса. После успокоения ей «делается очень стыдно за свои поступки», причем в спокойном состоянии она «обещает не допускать себя до этого», но при раздражении все повторяется снова. Постоянно находится в состоянии волнения и страха: «Волнуюсь без всякого повода и при малейшем поводе!». После волнений ночью просыпается при малейшем шорохе (или шагах за окном) и начинает «не своим голосом» вскрикивать: «кто там?» или просто «а-а-а!» (обязательно 3 раза). При этом чем сильнее она раздражена, тем сильнее кричит. Больная отмечает, что если она кем-либо обижена или чем-либо расстроена, то мысль об этом ее ни на минуту не оставляет. Под впечатлением пережитых приятных событий, а больше плохих, может находиться продолжительное время — до месяца и больше.

Среди других ярко выраженных симптомов застойной инертности обращает на себя внимание: длительно сохраняющееся в течение всей жизни больной «острое чувство утраты близкого *человека»*, *навязчивое стремление сохранять* оставшиеся после обеда остатки пищи, наконец, «страх быть напуганной». Переходим к более детальному рассмотрению причин, способствовавших развитию этих явлений, и к их устранению путем психотерапии.

а) Многолетнее переживание острого чувства утраты близкого человека. В течение всей жизни находится под впечатлением смерти своей матери. С малых лет была круглой сиротой: в возрасте одного года умер отец, а в возрасте 4 лет — мать. В течение всей своей жизни продолжает тяжело переживать утрату матери, а слово «мама», будучи уже взрослой, не может произносить спокойно: «тотчас же заливают слезы», причем она сутками продолжает плакать. Однажды в 35-летнем возрасте демонстрировалась на научной конференции, спокойно рассказывая о своих фобиях, но, дойдя до слова «мама», расплакалась и дальше ничего сказать не могла. Особенно сильно переживает, когда видит свою мать во сне: в этих случаях плачет, не переста-

вая, по трое суток. С малых лет любимой ее игрой были похороны. Играя в похороны, всегда плачет по своей маме. Будучи уже взрослой, продолжает считать, что причиной всех ее неудач и несчастий является отсутствие мамы и по этому поводу «долго горько рыдает, как маленькая».

б) Навязчивое стремление прятать небольшие остатки пищи, продиктованное страхом перед будущим. Ее самостоятельная жизнь началась в тяжелые годы, она систематически недоедала и вечно боялась, «что завтра не будет и того незначительного количества пищи, какое она имеет сегодня». Она всегда оставляет часть продуктов «на всякий случай на завтра», причем если варит кашу, то хотя и мало крупы, она все равно немножко оставляет ее в пакете; так же поступает с сахаром, хлебом, маслом. Приготовленную пищу тоже оставляет в кастрюле, хоть ложку. Конечно, все это пропадало и выбрасывалось, так как никто этих остатков не доедал. Так зафиксировалась навязчивость в виде страха перед будущим. Поэтому ее всегда волнует вопрос: что и как с ней будет «потом», хотя никакого повода к подобным волнениям уже нет. Таким образом, возникший в прошлые годы страх перед будущим ее не покидает.

в) Развитие фобий. Одним из источников ее фобий стал слышанный ею в детские годы рассказ о том, что «в соседнем лесу повесился человек и теперь он бродит по домам и нападает на спящих». Кроме того, сыграли роль перенесенные испуги. Первый испуг она пережила в 17-летнем возрасте, живя в большой комнате общежития, в которой было 25 коек, причем занято было всего 5 коек, а остальные были свободны. Однажды, вернувшись после 12 часов ночи, девушки улеглись спать и погасили свет. Внезапно кто-то начал сильными рывками дергать входную дверь, ведущую из коридора, при этом девушки слышали, что дверной крючок открылся и в комнату кто-то вошел босиком, после чего шаги затихли и в комнате «воцарилась мертвая тишина, так что не было слышно никаких признаков живого существа». Она решила, что вошедший — «это и есть тот повесившийся» и что он «подошел к соседней кровати, а сейчас подойдет к ней». От охватившего ее безумного страха у нее «начали отмирать ноги и так дошло до груди». Ее соседка по кровати тихонько сказала: «Кричи, у нас кто-то есть в комнате!» «И я стала кричать душераздирающим криком, — говорила больная, — зовя брата из соседней комнаты». Как потом выяснилось, это были шаги прошедшего по коридору.

Второй испуг она пережила в возрасте 21 года: вернувшись в общежитие также после 12 часов ночи, когда свет в комнате уже был погашен, она услышала стук стулом, по обыкновению зажгла спичку, чтобы посмотреть, нет ли кого под кроватью, и увидела под столом мужскую руку. В испуге упала на кровать и стала истерически кричать, крик перешел в истерический смех, а смех сменился истерическим плачем, и ее долго не могли успокоить. Выяснилось, что это был студент, который, зная ее пугливость, залез под стол, чтобы ее напугать.

С этого времени ее пугливость приняла патологический характер, сохранившийся в дальнейшем в течение 19 лет. Если кто-нибудь подойдет к ней сзади, она истерически кричит, причем, чем ближе будет подошедший к ней, тем сильнее ее крик. Кроме того, она боится оставаться одна в комнате, перейти из комнаты в комнату. Если больная находится в возбужденном состоянии, то при каждом шорохе или же внезапном прикосновении к ней она истерически кричит, причем обязательно 3 раза. Если она спала, то, проснувшись, продолжает кричать, так как «самостоятельно остановить себя не может». Поэтому ее муж, приходя домой, должен предварительно обдумать, как ему следует

поступить, чтобы ее не напугать, так как, услышав его шаги или его голос, она кричит. Чем тише голос, тем сильнее крик. Если же больная слышит сигнал издалека, то она остается спокойной (парадоксальность силовых отношений). Если она приходит домой, когда дома никого нет, то не ложится спать до тех пор, пока тщательно не осмотрит все помещение. И это повторяется повседневно. Однажды ночью сторож прошел под окнами — этого было достаточно, чтобы она, услышав сквозь сон шаги, в испуге начала кричать, причем, как всегда, остановиться не могла, пока неистово не прокричала трижды.

Находясь на улице вечером, боится зайти за угол дома. Если идет домой, то чем ближе подходит к двери своего дома, тем больше ею овладевает страх, она уже не идет, а бежит, рывком открывает дверь и быстро ее за собой закрывает, причем уже не может пользоваться крючком или ключом, так как от страха руки и все ее тело дрожит, а на лице выражен сильнейший испуг: она все еще находится под впечатлением, что «за ней кто-то гонится» (ультрапарадоксальная фаза).

Врачи считали ее страдающей то конституциональной психастенией, то истерией. И только однажды, по ее словам, был поставлен диагноз: «невроз страха».

С о с т о я н и е п о с л е п с и х о т е р а п и и. По словам больной, *выйдя на улицу после первого сеанса психотерапии, проведенного во* внушенном сне, она почувствовала себя «обновленной». Ее впервые стало интересовать все окружающее, исчез страх, шла домой совершенно спокойно, а когда дочь хозяйки открыла комнату, а с темного балкона в полутемную комнату зашла хозяйка, больная оставалась совершенно спокойной, «даже не вздрогнула».

После двух сеансов сообщила, что маленький сын ее «почти не раздражает», а после последующих сеансов отметила, что впервые за всю свою сознательную жизнь чувствует себя очень бодро и хорошо, как здравомыслящий человек: абсолютно здраво реагирует, действует и рассуждает. Настроение бодрое.

Всего проведено семь сеансов психотерапии во внушенном сне. Через 2 года прислала письмо. «Прошло 2 года с тех пор, как я лечилась внушением, и я не плачу. Однажды я обиделась на мужа и мне захотелось поплакать. Но как я ни старалась вспоминать самое жалкое и обидное, плакать не смогла: слезы только смочили мои глаза и больше ничего. Страхи почти совсем прошли, непроизвольных истерических выкрикиваний не бывает. Настроение бодрое».

У данной больной наблюдалась выраженная инертность раздражительного процесса, причем кора мозга, повидимому, непрерывно находилась в фазовом состоянии («дымка торможения»). В этих условиях легко возникали и прочно фиксировались различные навязчивые состояния (собирание и хранение остатков пищи, прислушивание к шорохам, гипэстезии, страхи.) Путем психотерапии, проведенной во внушенном сне, была устранена патологическая инертность, а вместе с ней исчезла и навязчивость.

Диагноз: навязчивый невроз. Больная, повидимому, относится к слабому общему типу нервной системы и специальному художественному с выраженной патологической инертностью корковой и подкорковой динамики.

5. Больная Б., 48 лет. В мае 1923 г. под влиянием неприятного письма внезапно развился двусторонний амавроз и мутизм. Применено внушение во внушенном сне, причем усыпление производилось при помощи двух раздражителей — словесного и тактильного (поглаживанием по лбу). Тотчас же наступил глубокий сон, уже во время которого восстанови-

лась речь. Спящей разъяснялась связь причины (полученного ею письма) со следствием (возникшей вследствие этого потерей зрения и речи), проводилась успокоительная беседа, внушалось «восстановление после пробуждения речи и зрения». Постгипнотическое внушение реализовалось, но не вполне: речь и зрение на левый глаз восстановились, но правый глаз остался амавротичным. Как выяснилось, этот правосторонний амавроз имел 4-летнюю давность, не поддаваясь никакому лечению. Характер амавроза для нас стал ясным, но вызвавший его ближайший момент оставался неизвестным: больная заявила, что это произошло в 1919 г., но при каких обстоятельствах, точно не помнит. Усыпив ее снова, мы заставили «вспомнить обстоятельства, предшествовавшие потере зрения». Таким образом удалось выяснить связь амавроза с налетом петлюровской банды.

Сделано внушение: «Это все в прошлом, банды нет, вы спокойны, слепота на правый глаз исчезла, после пробуждения будете видеть обоими глазами!» Внушение реализовалось полностью. Был устранен и старый амавроз правого глаза 4-летней давности, диагносцировавшийся офталмологами как «ретробульбарный неврит».

Восстановившееся таким путем бинокулярное зрение сохранялось в течение 2 лет. Необходимо отметить, что до суггестивного вмешательства амаврозы возникали у нее очень часто, но были кратковременными и самостоятельно прекращались. Через 3 года нам вновь пришлось наблюдать тяжелое истерическое состояние, снова развившееся у нее после ряда длительных тяжелых переживаний.

После внезапно наступившего судорожного припадка и 3-дневного летаргического состояния она проснулась, не имея зрения, слуха и речи. В течение нескольких дней оставалась в состоянии полной оторванности от окружающего мира. Свое волнение по поводу случившегося могла выражать лишь мимикой и жестикуляцией. На наше появление, словесные обращения к ней и сильные (над ушами) окрики не реагировала. Тусклые глаза с расширенными зрачками бессмысленно переводились из стороны в сторону. Кожная чувствительность была сохранена — больная реагировала на прикосновения и на уколы булавкой.

Так как нам уже была известна природа этого симптомокомплекса, был ясен путь и род лечебного воздействия. Однако если 3 года назад нам легко удалось устранить аналогичный симптомокомплекс, то на этот раз положение врача было почти безвыходным: полная заторможенность слухового анализатора исключала возможность воздействия словом как условным раздражителем (с целью вызвать гипнотическое состояние). Кроме того, лечению препятствовало и выпадение зрительного анализатора. То и другое лишало возможности получить ту «установку на врача», которая могла бы обусловить создание оптимального контакта, необходимого для образования зоны раппорта.

Наше намерение использовать глубокую кинэстезическую чувствительность с целью контакта и узнавания потерпело неудачу. Мы несколько раз брали ее руку и водили ею по нашему лицу, но этот прием вызывал лишь мимическую реакцию недоумения и отрицания. Пассивное начертание на бумаге ее рукой нашей фамилии вызывало ту же реакцию. Несмотря на все наши старания нам не удалось установить связь с больной и, таким образом, получить возможность словесного воздействия на нее.

Однако положение обязывало, и нужно было искать другие пути. Мы полагали, что если гипнотическое состояние есть, действительно, не что иное, как вызываемое условнорефлекторным путем тормозное состояние, то применявшийся у больной в прошлом (3 года назад) метод усыпления путем составного раздражения — тактильного (поглаживания)

и слухового (слово) должен был бы, по нашему мнению, снова вызвать то же гипнотическое состояние. Поскольку условный рефлекс, выработанный на сумму двух раздражителей, получается и на каждое слагаемое в отдельности (К. И. Платонов, 1912), то в данном случае можно было использовать лишь один из них, а именно: тактильный (длительное поглаживание по лбу).

И действительно, после нескольких поглаживаний, сделанных при полном молчании, больная стала успокаиваться, а через несколько минут заснула. Дыхание стало ровным и спокойным (14 раз в минуту, вместо прежних 18), пульс с 98 ударов в минуту снизился до 86, возникло *гипотоническое состояние мускулатуры:* конечности, приподнятые над уровнем постели, быстро и грузно падали обратно и т. д. Восковая гибкость отсутствовала, состояние зрачков выяснить не удавалось, так как глазные яблоки были отведены внутрь и кверху, удавалось получить лишь слабую реакцию на значительные уколы булавкой. Больная спала с выражением полного покоя на лице.

Однако слуховой анализатор не растормаживался даже при сильных окриках, тем не менее растормозить его было необходимо. Тогда мы решили испробовать другой путь: производить и тактильное, и болевое раздражение ушных раковин.

Мы стали всячески раздражать (уколами и подергиванием) кожную поверхность ушных раковин до появления мимической реакции со стороны больной. Одновременно с этим слуховой анализатор возбуждался словесными окриками. Мы пытались воздействовать и на рече-двигательный анализатор, похлопывая по ее губам, вытягивая их вперед, отводя углы рта в сторону, опуская и приподнимая нижнюю челюсть, раздражая язык и т. д.

Вскоре стали появляться признаки необходимого эффекта: постепенно, сначала с затруднениями, а потом все легче и легче получались ответы на вопросы. Тем самым через растормозившийся слуховой анализатор была установлена связь с корой мозга спящей. Восстановление слуха (во сне) позволило сделать соответствующее словесное внушение восстановления после пробуждения функций всех трех анализаторов: слухового, рече-двигательного и зрительного. Однако эффект получился частичный: проснувшись, больная могла говорить, но слух и зрение оставались заторможенными в прежней степени. Больная с нарастающей тревогой и волнением заявила, что она «не видит и не слышит».

Поглаживая, мы снова погрузили ее в сон. На этот раз во время внушенного сна деятельность слухового анализатора восстановилась быстро, *а при наличии слуха и речи у нее можно было провести* анамнестическую беседу. Однако узнать ничего не удалось. Больная заявила, что «все надоело», «все раздражает», «устала жить». Внушен более глубокий сон и с о с т о я н и е п о л н о г о о т д ы х а. Затем было сделано следующее внушение: «вы вполне отдохнули, успокоились и после пробуждения будете не только слышать и говорить, но и видеть». Эффект получился, но опять неполный: слух и речь были восстановлены, а зрение нет.

Снова приводим больную в состояние сна, делаем повторное внушение в отношении восстановления зрения (после пробуждения). Эффект снова отрицательный. Снова усыпляем ее и для определения степени заторможенности зрительной зоны коры делаем внушение: «Продолжая спать, откройте глаза, и вы сможете видеть меня!». Внушение реализуется в полной мере: больная видит только врача. Тогда внушаем: «После пробуждения будете видеть, так как зрение не утеряно!». Больная просыпается, но эффект опять отрицательный. Снова усыпляем и внушаем возможность

«видеть все, находящееся в комнате». Внушение реализуется, и больная, продолжая спать, открывает глаза и перечисляет предметы и присутствующих родственников. Внушаем способность видеть после пробуждения.

Больная просыпается, с удовлетворением потягиваясь и зевая, но тут же выясняется, что она опять не видит. Положение стало затруднительным. Тогда мы решаем установить прямую связь расторможенной части зрительного анализатора в условиях сна с таким же его состоянием в бодрствовании. Для этой цели во время внушенного сна мы делаем следующее внушение: «Проснувшись, вы будете помнить, что в этом сне зрение ваше восстановилось, поэтому вы можете видеть и в бодрствующем состоянии!». На этот раз эффект получился полный, и больная с радостью констатировала возвращение зрения. При последующем 5-летнем наблюдении рецидивов не отмечалось.

Интерес случая состоит в том, что патологическая инертность тормозного процесса распространилась главным образом на корковые зоны, соответствующие зрительному, слуховому и рече-двигательному анализаторам. Заболевание возникло в период климакса, причем каждая «трудная встреча», особенно если она падала на сферу второсигнальной деятельности, приводила к функциональному выпадению одного или нескольких корковых анализаторов — зрительного, слухового и рече-двигательного — при сохранности тактильного и болевого. Данное наблюдение интересно и в отношении методов усыпления и устранения патологических симптомов. Нет сомнения в том, что в прошлом сонное торможение создавалось у больной по механизму временной связи на составной условный раздражитель (слуховой и тактильный). Восстановление речи и слуха произошло у нее при помощи безусловных раздражений (механических и звуковых), а после ослабления торможения — и условных (словесных). Значительно труднее было устранить слепоту. Зрение было восстановлено ассоциативным путем: с помощью установления связи функционального состояния зрительного анализатора во внушенном сне с таким же состоянием в бодрствовании. Повидимому, решающее значение имели здесь слова внушения: «После пробуждения будете помнить, что ваше зрение во время сна работало нормально!». Таким путем замыкалась условная связь между актом видения во время внушенного сна и корковыми следовыми процессами нормальной деятельности зрительного анализатора в прошлом.

Как известно, у человека зрительный и слуховой анализаторы, содержащие «сензорные центры речи», теснейшим образом связаны с рече-двигательным анализатором, представляющим как бы «моторный центр речи». Постоянно взаимодействуя, анализаторы коры составляют структурную основу деятельности второй сигнальной системы (А. Г. Иванов-Смоленский, 1952). Естественно поэтому, что при узкой концентрации охранительного торможения оно специально задерживается именно в этих наиболее ранимых участках коры мозга. Таким путем и возникают явления сурдомутизма. По учению И. П. Павлова, разнообразная симптоматика является характерной чертой истерических синдромов: резко повышенная аффективность, судорожные разряды, ослабление интеллектуального контроля над аффективными вспышками, мучительное переживание тягостных, травмировавших психику воспоминаний,— все это находит объяснение в преобладании подкорковых функций над корковыми и первой сигнальной системы над второй.

6. Больная Б., 32 лет, обратилась в апреле 1935 г. с жалобами на расстройство походки и стояния: самостоятельно стоять и ходить не может, но держась за что-либо или опираясь на спутника, может стоять или ходить много и долго. Ходит по комнате самостоятельно, лишь дер-

жась за что-нибудь, переходя от предмета к предмету, но итти через комнату по пустому пространству не может; точно так же не может стоять, не держась за что-нибудь или за кого-либо. При этом при попытке отнять опору больной овладевает сильное волнение, сопровождающееся приступом учащенного сердцебиения, выражением ужаса на лице, побледнением лица, похолоданием конечностей, появлением пота. Из-за такого состояния выходит из дому только вечером с кем-либо из членов своей семьи, чтобы скрыть от посторонних лиц свой дефект. Днем же сидит дома, ограниченная в движениях. Больна $2^1/_2$ года, в последнее время переведена на инвалидность как хронически больная.

Настроение подавленное. Чувствует себя здоровой, желает работать, но из-за невозможности самостоятельно передвигаться обречена на бездеятельность. Последнее время овладевают упорные мысли о самоубийстве «в связи с невыносимостью создавшегося положения», отсутствием надежды на выздоровление. Клиническое и курортное лечение безрезультатно. Больная производит впечатление здоровой и цветущей женщины. До настоящего заболевания всегда была здоровой, бодрой, подвижной, жизнерадостной, энергичной и работоспособной. Наследственность здоровая.

При исследовании не обнаружено отклонений от нормы и каких-либо симптомов органического поражения нервной системы: мышечная сила, координация движений в лежачем положении сохранены полностью, расстройства чувствительности нет, не обнаружено симптомов поражения мозжечковой системы. Весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха.

Анамнез (со слов больной, ее мужа и по данным наблюдавших ее врачей): 13/I 1933 г. больная попала под автобус, причем была отброшена в сторону, получив ушиб затылочной части шеи и лишилась сознания. Через 2—3 дня почувствовала боли в области задней части шеи и затылка. Развился парапарез верхних конечностей и параплегия нижних. 5/III она помещена в клинику нервных болезней, где пробыла до августа 1933 г. Объективно: черепномозговые нервы в норме, сухожильные рефлексы незначительно повышены, чуть больше слева, расстройство поверхностной чувствительности в дистальных частях ног, незначительное расстройство глубокой чувствительности пальцев ног. Со стороны нервно-мышечной системы никаких патологических явлений не имеется. Моча в норме. Больная эмоционально возбуждена. Клинический диагноз: легкое кровоизлияние в области шейной части спинного мозга.

К моменту выписки из клиники, в которой больная находилась в течение трех месяцев, она стала свободно двигать руками и ногами, но стоять и ходить без помощи не могла. Ее охватывал страх упасть. Со стороны неврологического статуса симптомов органического заболевания не было. Выписана с диагнозом «психогения».

Переходим к рассмотрению этиологии и патогенеза данного заболевания, заимствуя данные из описания больной. «На V месяце моей болезни, когда я, лежа в постели, уже могла делать свободные движения руками и еще с трудом ногами, в палату вошел врач соцстраха. Когда он стал спрашивать, как я себя чувствую, я стала показывать ему, как я двигаю руками, понемногу поднимаю ноги и даже показала, что я в состоянии сама поворачиваться. В ответ на это он безнадежно махнул рукой и сказал, что меня переводят в инвалиды, и с этим ушел. Это меня привело в ужас. Меня охватил страх и покинула всякая надежда на выздоровление: слово «инвалид» и представление о безнадежности, никчемности, «тяжелой обузы для семьи и окружающих» буквально потрясли меня всю, состояние мое резко ухудшилось. В июле была сделана попытка поставить меня на ноги: два санитара в присутствии врача подняли меня с постели и хо-

тели поставить на пол, но колени у меня сразу же подкосились и я стала опускаться. Меня стали подтягивать вверх, но я беспомощно висела на руках санитаров. У меня закружилась голова и в мозгу прозвучало слово «инвалид», все это жутко меня испугало. Если до появления врача соцстраха у меня происходила борьба между верой и неверием в мое выздоровление и в то, что я сумею ходить, то в этот момент я поняла, что никаких надежд на это уже питать нельзя и что я, действительно, инвалид. Эта начальная попытка стать на ноги закончилась длительным истерическим плачем: погибло все, вся жизнь, работа. . . ведь я мать и жена, и мой долг обязывает меня заботиться о близких людях. . .»

В дальнейшем было несколько попыток водить больную. Но дело ограничивалось лишь тем, что «когда два санитара водили меня, то третьему приходилось водить ноги, переставляя руками одну ногу за другой». В таком состоянии больная была перевезена домой, где пробыла 2 месяца без всякого лечения. Больная сама приподняться на постели не могла, каждый раз кто-либо должен был помочь ей сесть в постели, потом спускали ноги и лишь при поддержке двух человек ее подводили к столу или выводили на балкон.

В сентябре 1933 г. больная была перевезена в Сочи, принимала ванны в Мацесте (18 ванн), к концу 2-го месяца лечения могла ходить с помощью одного человека, опираясь другой рукой на палку. Но все это сопровождалось большим напряжением и боязнью: «как бы не упасть». По приезде домой стала понемногу передвигаться по комнате самостоятельно, держась за мебель. Больную стали выводить на улицу. Встречи с бывшими сотрудниками и прогулки мимо ее служебного учреждения были ей крайне неприятны и вызывали слезы.

В таком состоянии, без признаков улучшения, больная оставалась в течение года. В октябре 1934 г. вторая поездка в Сочи ничего ей не дала: после месячного пребывания на курорте вернулась домой в том же состоянии беспомощности и без надежды на выздоровление. По комнатам продолжала ходить так же, держась то за мебель, то за стены. Когда же врачи пробовали оставлять ее одну среди комнаты, у нее «начинала кружиться голова», она «приходила в волнение, начинала вся дрожать, хваталась за людей, за вещи и т. д., стараясь не потерять устойчивости». Однажды попыталась самостоятельно встать со стула и пойти по комнате, не держась за предметы. Но, встав, она «грохнулась на пол», что убедило ее в полной безнадежности своего состояния. Это была последняя попытка самостоятельного хождения. После этого она уже боялась это делать и психическое состояние ее ухудшилось.

Безрезультатность лечения приводила больную в отчаяние, что поддерживалось переводом ее на инвалидность. При этом, когда больная и муж ее обращались к врачам с просьбой дать направление на психотерапию, они говорили: «Поскольку имеется изменение в мозжечке, этот способ лечения ничего не даст». «Единственно, что может дать психотерапия,— это устранить боязнь автомобилей, которых вы так боитесь»,— говорил ей один из врачей.

В последний год больная перестала обращаться за медицинской помощью, так как мысль о «повреждении мозжечка» отнимала у нее всякую надежду на «возможное излечение посредством психотерапии». Однако по настоянию близких, она решилась обратиться за психотерапевтической помощью: это была «последняя надежда» больной.

Диагноз: навязчивый невроз со стазо-базофобией. Была применена психотерапия как в бодрствующем состоянии, так и в дремоте, включавшая два периода.

В первом периоде была поставлена задача поднять веру больной

в выздоровление. Однако успокоение, разъяснение и убеждение не оказывали никакого влияния на больную, находящуюся в бодрствующем состоянии. Столь же безуспешными были и попытки самостоятельного стояния или ходьбы, являвшиеся мучительными для больной из-за резко выраженного страха. Вместе с тем больная оказалась трудно гипнотизируемой, вследствие чего ее удалось усыпить лишь после нескольких сеансов. Находясь во внушенном сне, она совершенно свободно и самостоятельно ходила по комнате. Мы пробуждали ее, когда она стояла посредине комнаты, и доказывали, что она может самостоятельно ходить по комнате, не боясь ничего.

Однако все это не приводило к положительному результату. Поэтому больной во внушенном сне было сделано внушение: «После пробуждения будете помнить, что, находясь во внушенном сне, свободно и без страха стояли и ходили». Внушение реализовалось полностью, но не сразу, а лишь после двух повторных сеансов. Тем не менее больная преисполнилась надеждой на выздоровление. Этому помогло также сделанное нами однажды постгипнотическое внушение: «В ночном сновидении увидите себя свободно ходящей по магазинам». В ту же ночь сновидение реализовалось. В последующей беседе мы разъяснили, что виденное ею сновидение также свидетельствует о возможности нормального хождения». Это окончательно укрепило уверенность в выздоровлении.

В последующие дни во внушенном сне ей внушалось: «Систематически упражняться дома в бодрствующем состоянии в самостоятельном стоянии и хождении при содействии близких», что она аккуратно и точно выполняла. В результате всего этого через месяц после начала лечения она уже могла свободно ходить по комнатам и по двору, не боясь упасть, а через $1^1/_2$ месяца полностью возвратилась к трудовой деятельности.

Вполне здоровой была в течение 16 лет. Однако после этого, в 1953 г., у нее возник рецидив прежнего навязчивого невроза стазобазофобии. Это произошло после оперативного вмешательства по поводу желчнокаменной болезни, сопровождавшейся в дальнейшем осложнениями. Больная пролежала в клинике 11 месяцев. После выздоровления, наряду с неустойчивостью походки, обусловленной общей слабостью, обнаружились также явления стазо- и базофобии с ярким репродуцированием следов пережитой ею катастрофы. Рецидив длился $2^1/_2$ месяца, пока в 1954 г. она не поступила в отделение неврозов Центральной психоневрологической больницы, где была вновь проведена психотерапия с тренировкой в самостоятельном хождении. Результат положительный. Демонстрировалась в 1935 и в 1954 гг. на врачебных конференциях.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что больной была нанесена психическая травма врачом соцстраха, неосторожно сказавшим, что ее переводят на инвалидность. Это создало в коре мозга изолированный больной пункт, зафиксировавшийся на длительное время. Она, повидимому, принадлежала к сильному уравновешенному типу нервной системы. Вследствие физической и психической травмы ее нервная система была резко ослаблена, тем более что больная в последующем долгое время лежала в клинике. Ятрогенный синдром был обусловлен именно длительно сниженным всеми этими факторами тонусом коры мозга. Но особенно психотравмирующее значение имели, конечно, слова врача соцстраха.

Приводим примеры невротических заболеваний, вся патологическая симптоматика которых относится почти исключительно к сфере деятельности второй сигнальной системы.

7. Больная И., 34 лет, обратилась с жалобами на появляющееся временами навязчивое состояние, которое мешает ей работать. «Не пони-

маю, как человек мыслит, и все время об этом думаю». «Две силы во мне борются: одна заставляет думать, а другая — не думать об этом». Все это впервые началось 16 лет назад, после того как над ней была проделана такая «злая шутка»: когда она возвращалась с молодым мужем из загса, недоброжелательно относившаяся к ней старуха-соседка намеревалась пробежать через дорогу с пустыми ведрами. Заметив это, она с мужем поспешила пройти дальше. Старухе не удалась ее затея, в связи с чем она бросила вслед им ряд неодобрительных возгласов. Все это произвело на больную, бывшую крайне суеверной, сильное впечатление, и с тех пор она стала бояться этой старухи и ее дочерей.

После этого случая у нее начались головные боли, причем «все видела в тумане» и предметы воспринимала «окруженными туманом». Через год это явление исчезло, но появились приступы «давящей» мысли о том, «как человек мыслит?». Причем, когда появляется эта мысль, больная, по ее словам, на некоторое время «теряет свое я», лишается возможности последовательно мыслить, возникает пессимистическое настроение, эти мысли не дают возможности владеть собой. «Мой мозг будто что-то сдавливает». Кроме того, возникает «ограниченность мышления», что сопровождается такими страшными головными болями, что «мозги горят», в голове такой сильный шум и звон, что иногда не слышит обращенных к ней слов.

Бывает и так, что, войдя в комнату, не знает, на что обратить внимание и о чем надо подумать, и ее мышление «вдруг становится абсолютно конкретным»: каждое слово должно выразиться в форме какого-нибудь реального образа, так как «возможность абстрактного мышления совершенно отсутствует». Так, например, если слышит слово «хорошо», то не понимает, что оно означает. Таким образом, по выражению больной, «мозг работает, а душа, если можно так сказать, отсутствует». Она чувствует, что она одновременно и нормальная, и ненормальная: «Сознаю это и переживаю». Однако ни одного ненормального поступка не совершила.

Условия возникновения приступа: приступ сам по себе не возникает, он всегда связан с воспоминанием о причине ее заболевания, причем провоцирует его, например, или встреча женщины с пустыми ведрами, или встреча с этой старухой и ее близкими, или воспоминания о приступах, или услышанное слово «сумасшедший». При этом сразу появляются мысли: «Как люди мыслят?», «Как люди должны быть нормальными?». Развивается внутренняя борьба, и наступает головная боль. Затем приступ столь же быстро прекращается (самостоятельно или в результате этой борьбы) или же принимает затяжной характер. Иногда приступа не бывает в течение целого года. Так, за 5 лет войны было только три приступа: два непродолжительных — по одной неделе, а один в течение месяца. В светлые промежутки между приступами прекрасно себя чувствовала.

Болеет с 17-летнего возраста. Однако смогла окончить педагогический институт, работала преподавательницей, последнее время занимается счетной работой. Кроме того, активно участвует в общественной работе.

Наследственность здоровая, развивалась нормально. Но во время приступа работоспособность снижается чуть ли не на 70%. В эти дни все время держится за голову: «Не живу, а мучаюсь. . . живу в постоянном страхе перед приступом. . . нет никакой уверенности в излечении».

Отмечает следующий случай: однажды, будучи в состоянии приступа, обожгла себе в бане руку горячей водой и *тотчас же исчезли навязчивые* мысли, так что возвращалась домой уже освобожденной от них. После этого приступ долгое время не возобновлялся (результат

отрицательной индукции, вызванной сильным очагом возбуждения. Больная отмечает, что когда она выезжает из своего города, приступ прекращается. Вообще вне этого города чувствует себя хорошо, приступов не бывает.

Как мы выяснили, во время приступа у нее нередко наблюдается диссоциация деятельности сигнальных систем, причем ослабевают попеременно то первая, то вторая.

Сама больная описывает это так: «Смотрю на лампу, но воспринимаю ее безучастно и холодно, будто что-то мне мешает воспринимать ее глубинно. . . смотрю на портрет Чайковского — и это мне ничего не говорит, воспринимаю как-то ограниченно, в узком масштабе, не в широком понимании, причем рассеивается понятие о нем. . . В здоровом же состоянии, смотря на лампу, я ее осмысливаю, понимаю ее назначение, одним словом, воспринимаю ее в широком смысле». Иногда же, наоборот, у больной происходит значительное ослабление функций первой сигнальной системы. Так, идя по улице, она «не чувствует своего тела, своей фигуры» и ей кажется, что «идет одно только мышление». В это время не может представить себе, какова прическа на голове, смотрит на свой костюм и не воспринимает: «мой ли он?», глядя на кисть своей руки, не понимает, ее ли это рука (картина диссоциации второй сигнальной системы от первой). В такие минуты у нее «теряется чувство реальности».

Отмечает, что во время первого сеанса психотерапии, проведенного в дремотном состоянии, «чувствовала тяжесть в руках и ногах, но открыть глаз не могла и мыслей не было». Ей внушалось: «забвение случая, пережитого в первый день замужества, хорошее самочувствие, надежда на выздоровление», что воспоминание и мысли о приступе «сами по себе его не вызывают». После пробуждения, по словам больной, наступило «прояснение сознания, приподнятость настроения, ясность мышления»; боли в голове не ощущает. Однако преследует чувство страха, что «все это ненадолго». После сеанса весь день, до самого вечера, самочувствие было хорошее, боли в темени и затылке значительно слабее, хорошее настроение. Представление о внешних предметах ясное. Однако к вечеру «снова стал появляться туман и тупость в мышлении», хотя и в ослабленной форме. Отмечает, что, будучи здоровой, на поставленный ей вопрос всегда отвечает «полно, образно и легко», а «вчера вечером вновь отвечала с трудом».

Во время второго сеанса чувствовала себя значительно спокойнее и глубже дремала. Испытывает то же, что и при приступах, а именно: «чувствует лишь один свой мозг», воспринимает лишь свое мышление, в то время как «ее тело ею не ощущается», оно «какое-то растворимое». После пробуждения во втором сеансе отметила, что «все-таки остается слабое ощущение своего „я" и некоторая задержка свободы течения мыслей». Навязчивые мысли «о мышлении человека» и «как человек все понимает?» исчезли, вновь появилось абстрактное мышление. Отмечает, что если в норме «каждое произнесенное слово должно вызывать в мозгу какой-то определенный образ», то у нее, «когда слова произносятся, мозг не успевает на каждое слово выработать определенный образ или воспоминание того, что с ним было когда-то связано».

В данном случае имело место отставание первосигнальных процессов от второсигнальных. В целом же можно было говорить о патологическом расщеплении согласованной деятельности обеих сигнальных систем.

После семи сеансов психотерапии больная заявила, что «самочувствие хорошее». Во время 8-го сеанса спала глубоко $1^1/_2$ часа. Чувствует себя значительно лучше, чем до лечения. Уехала домой, получив соот-

ветствующее профилактическое внушение. Дальнейшая ее судьба неиз, вестна.

Приводим другой пример упорной второсигнальной навязчивости-совершенно не поддававшейся психотерапии.

8. Больной П., 24 лет, обратился к нам с жалобами на различные навязчивые мысли: если проходит мимо него калека, то сейчас же у него возникает мысль: «Я буду таким же!». Если он проходит мимо речки, ему кажется, что он утонет или его утопят. При встрече похоронной процессии — кажется, что умрет, когда проходит мимо столба, появляется мысль: «Моя голова будет соображать, как и этот столб». «Вообще, все, что попадается по пути, вызывает мрачные отрицательные мысли». Не может читать, так как отдельные фразы также вызывают отрицательные мысли. Всегда должен повторить фразу несколько раз, а если при этом не появится отрицательной мысли, успокаивается (что бывает редко). Когда пишет, также появляются отрицательные мысли: «я умру», «меня утопят», «попаду в тюрьму», «превращусь в собаку» (в кошку, в любое животное). Если во время писания вдруг появится подобная мысль, ему кажется, что если он сотрет слово, которое вызвало эту мысль, то с ним «этого не случится». Начинает стирать и чем больше стирает, тем стремление стирать усиливается и появляется масса других навязчивых мыслей. Если он противостоит этому, стремясь не подчиняться навязчивости, то начинается головная боль, появляется рассеянность, и он опять оказывается «во власти этих новых мыслей».

Рассказ о неприятном событии сейчас же вызывает у него навязчивую мысль, что «и с ним то же самое случится». В таких случаях делает жест, «будто отгоняет мысль», но и этот жест также становится навязчивым. То же самое наблюдается и в процессе еды: если вспоминает о неприятном для него событии, то должен выплюнуть еду (как если бы он «выплюнул мысль»), таким путем может довести себя до рвоты. Если при каком-либо движении другого лица у него появится мысль, что он умрет, утонет и т. п., тотчас же возникает новая мысль, что «вот потому, что движение сделано, мысли эти осуществятся» и т. п. Навязчивое состояние проявляется всегда и везде — на работе, на прогулке, когда ложится спать. Идя по улице, он должен вернуться на то место, где у него возникла отрицательная мысль, и сделать несколько движений ногой. Это продолжается до тех пор, пока он весь не вспотеет и не начнутся головные боли. Посторонние люди замечают его странности и ему кажется, что смеются над ним, поэтому он всегда чувствует себя стесненно. Но в последнее время отрицательные мысли возникают у него и тогда, когда он ничего не делает. Во время езды по железной дороге появляются мысли, что он «попадет под поезд» или его «бросят под поезд» и т. п. При входе в вагон он «должен на вагонных ступеньках оступиться», причем сделать это несколько раз.

Ночной сон хороший, но засыпает и пробуждается с трудом, причем часто бывают сновидения неприятного содержания, после которых по пробуждении чувствует себя расстроенным. Если кто-либо на него посмотрит серьезным взглядом, ему кажется, что этот человек чего-то хочет от него или преследует его.

«Если я видел, например, смертный случай на каком-либо месте, то мимо этого места стараюсь не проходить, ибо появится мысль, что и со мной это случится» и т. п. Еще пример: при покупке часов он вспомнил о гибели солдата и у него возникла мысль: «Со мной случится то же самое». Вследствие этого появилось навязчивое желание отдать часы, но этого сделать не мог, так как деньги уже были уплачены, и указанная мысль упорно держалась у него около года.

Обратился к нам с просьбой избавить его от этих навязчивостей, которые начались 2 года назад во время разжевывания пищи, затем постепенно количество раздражителей увеличилось. В настоящее время навязчивость связывается главным образом с походкой, что вынуждает его делать разные лишние движения. Лечился год назад в Сочи и в Баку, но безрезультатно, получал советы: «Возьмите себя в руки», «Вам надо жениться» и т. п.

Применение психотерапии в бодрствующем состоянии было безуспешным, а кроме того, больной оказался негипнабильным.

Повидимому, у данного больного был реактивный психастенический синдром, хотя аффектогенного начала установить нам не удалось.

Таким образом, у первой больной имелась картина ярко выраженной патологической инертности замыкательной и анализаторной функций, которая проявлялась главным образом в сфере второсигнальной деятельности, сопровождаясь явлениями частичной разобщенности первосигнальной динамики от второсигнальной и переменного ослабевания каждой из них.

У второго больного не менее ярко была выражена патологическая инертность раздражительного процесса, проявлявшаяся во второсигнальной деятельности в виде непрерывно возникавших и сменявших одна другую все новых и новых навязчивостей. В круг действий, направленных на их устранение, вовлекались то кинэстезический, то рече-двигательный анализатор. Психотерапия в данном случае оказалась совершенно безрезультатной.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЗОВ

Основой психопрофилактики неврозов является прежде всего правильная организация труда и отдыха, а затем система мероприятий, направленных на подготовку высшей нервной деятельности человека к таким жизненным испытаниям, которые связаны со значительным напряжением нервной системы. Это особенно важно для людей, обладающих слабым или ослабленным типом нервной системы.

Мероприятия, касающиеся психогигиены и психопрофилактики, следует строить на основе постепенной и усложняющейся тренировки процессов высшей нервной деятельности, начиная с наиболее легких и простых задач и переходя к более сложным и трудным.

«Обучение трудностям» и «воспитание тормозов» является весьма ответственным моментом в формировании высшей нервной деятельности ребенка. Речь идет о тренировке элементарных актов замыкательной и анализаторной деятельности (различение и обобщение), репродуктивной деятельности мозга (память) положительных и особенно отрицательных эмоций, корковой динамической стереотипии (системность, формирование привычных актов) и пр. Необходимость такого рода тренировочных упражнений, осуществляемых по определенной, тщательно разработанной системе, подсказывается самой жизнью. Для детей период вживания в новый детский коллектив проходит совсем не безразлично. Ребенок, привыкший к одному детскому коллективу, к одним воспитателям и няням, очень тяжело переживает разлуку с ними. Таким образом, один лишь перевод детей из яслей в детский сад уже может нанести «тяжелую нервно-психическую травму». Речь идет здесь о ломке динамического стереотипа, к которой ребенок не был профилактически подготовлен. Мы считаем, что требуется с и с т е м а постоянных мероприятий, профилактически тренирующих высшую нервную деятельность ребенка во всех ее важнейших проявлениях.

Не менее важное значение имеет психопрофилактика в пубертатном периоде, когда нужно подготовить основные корковые процессы к качественно новой системе отношений, связанной со свойственными этому периоду возрастными физиологическими перестройками эндокринно-вегетативной системы. Нужно иметь в виду, что в условиях переломного периода жизни молодого развивающегося организма наиболее легко могут возникать перенапряжения и срывы высшей нервной деятельности. Соответствующая система предупредительных мероприятий должна и в данном периоде развития организма предотвращать возможность психической травмы. Эта система мероприятий определяется нами как подготовка высшей нервной деятельности к возможным функциональным колебаниям эндокринно-вегетативной динамики.

Необходимо подчеркнуть, что усложнение с возрастом тренировочных занятий должно итти именно по линии воспитания эмоций. Эта задача является тем более важной потому, что отсюда берет свое начало система дальнейших направленных действий, способствующих формированию положительных и устранению отрицательных черт характера человека.

Разработка и проведение в жизнь конкретных мероприятий по психопрофилактике представляет огромную по своей социальной и психогигиенической значимости проблему. Однако, несмотря на немалые трудности, эта задача в условиях социалистического общества разрешима.

Психопрофилактические мероприятия в юношеском возрасте должны предусматривать правильную организацию труда и быта, так же как и систематическую тренировку высшей нервной деятельности с целью выработать навыки для преодоления различных чрезвычайных трудностей (сверхсильные раздражители, перенапряжение подвижности, ломка динамических стереотипов и пр.).

Далее, следует отметить, что в период полного полового созревания и начала брачной жизни совершенно необходим и законен вопрос о профилактике нарушений в сфере половой жизни. Мы считаем, что населению в соответствующей форме следует разъяснять, как могут возникать нарушения и срывы высшей нервной деятельности, обусловленные дисфункцией половой сферы. Ибо именно сексуальные и эрогенные неврозы все еще занимают определенное место среди других невротических заболеваний, с которыми обращаются в психоневрологические диспансеры.

Конкретно речь может итти, например, о психопрофилактической подготовке к известию о потере близкого человека или к другому столь же тяжелому жизненному удару. Сюда же относятся мероприятия, связанные с психопрофилактической подготовкой беременной к предстоящим родам или подготовкой больного к предстоящей хирургической операции и т. п. Такая подготовительная и предупредительная тактика дает возможность заблаговременно мобилизовать корковую деятельность в нужном направлении.

Психопрофилактические мероприятия особенно важны для людей с ослабленным типом нервной системы. Так, если нервная система человека ослаблена (истощена, травмирована) неблагоприятными условиями прошлой жизненной ситуации, то особенно необходимо предохранить ее от вредных перенапряжений, применяя не только укрепляющие нервную систему средства, но и соответствующий тренировочный режим.

Важнейшим средством воздействия на состояние высшей нервной деятельности человека является слово врача, стимулирующее и направляющее ее в нужную сторону, а иногда даже и выравнивающее соотношение основных корковых процессов. Такое воздействие может выражаться в виде конкретных пояснительных врачебных указаний (при родах,

перед хирургической операцией), соответствующих общих психопрофилактических санитарно-просветительных мероприятий, которые, однако, не должны включать ознакомление с проявлениями различных болезней. В противном случае такое «санитарное просвещение» легко может приводить к ятрогении, в чем нам не раз приходилось убеждаться.

Наряду с этим, особое внимание должно быть обращено на чисто бытовую психопрофилактику — устранение неблагоприятного воздействия на детей и подростков ссор между родителями, устранение разного рода запугиваний, грубого обращения и прочих оставшихся в наследство от прошлого вредных способов воздействия на психику ребенка или подростка. Указанные моменты являются источником психической травмы, ведущей к развитию невротических реакций или же предрасполагающей к возникновению их в более зрелом возрасте.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная 63 лет в течение всей своей жизни страдала патологическим страхом с резко выраженными вегетативными реакциями перед похоронной процессией и всем, что связано с похоронами. По этой причине больная даже переменила свою профессию и всю жизнь старалась селиться подальше от кладбища. Выяснилось, что болезнь была обусловлена только тем обстоятельством, что в 5-летнем возрасте ее напугали покойником.

Всякого рода запугивания детей, как и страшные сказки, рассказываемые нянями обычно перед сном (или же пугание старшими детьми младших), в некоторых случаях могут приводить к зафиксированным (иногда на всю жизнь) невротическим состояниям в виде навязчивых страхов. Исходная причина такого рода заболевания самим больным легко может быть забыта, вследствие чего в дальнейшем он обычно пытается найти ее в чем-либо ином, нередко ставя этим врача-психотерапевта в весьма затруднительное положение. Столь же пагубное воздействие могут оказывать и разного рода суеверия. Нет сомнения в том, что путем рациональной психопрофилактики необходимо вести с этими видами «психотравматизма обыденной жизни» самую решительную борьбу.

Особое внимание должно быть обращено на борьбу с ятрогенизмом и дидактогенизмом, т. е. на профилактику заболеваний, возникающих вследствие неправильного поведения врача по отношению к больному или же педагога по отношению к учащемуся. Не меньшее значение имеет вопрос о профилактике тех перенапряжений нервной системы, которые связаны с такими трудными моментами, как период экзаменационной сессии в вузах.

КРИТИКА УЧЕНИЯ ФРЕЙДА О НЕВРОЗАХ

Материалистическое учение о высшей нервной деятельности и строго физиологическое обоснование методов психотерапии вскрыли полную бессмысленность и порочность фрейдовского учения о неврозах и, в частности, о природе и механизмах, лежащих в основе истерического и навязчивого неврозов. Учение Фрейда и его последователей (Адлер, Штекель и др.) не только не внесло ясности, но наоборот, привело к идеалистическим извращениям в проблеме неврозов и их психотерапии.

В чем состоит порочность фрейдовской теории неврозов?

Прежде всего порочна сама методологическая установка фрейдовской теории: источник формирования личности в самой личности. В то время как научное решение этого вопроса заключается в том, что сознание с самого начала есть общественный продукт.

По теории Фрейда, первоисточником образования неврозов является некая «область бессознательного», а также «область инстинктов»,

в которой якобы совершенно исключительную роль играет сексуальный инстинкт. Сексуальность, которую Фрейд понимает чрезвычайно широко как некий общебиологический «принцип удовольствия», как «пансексуальность»,— *вот что, по его «учению», составляет основной фактор* развития невроза. Он считает, что невроз получает свое начало уже в детском возрасте, когда инстинктивно, бессознательно возникает сексуальное влечение вообще к противоположному полу (у сына к матери, у дочери к отцу), которое обусловливает возникновение конфликтного состояния из-за невозможности удовлетворить это влечение. Таким путем, по Фрейду, и создаются сексуальные «материнский» и «отцовский» (или «эдиповы») комплексы. Возникший именно на этой основе конфликт вызывает, по его утверждению, развитие невротических симптомов. Так как «аффективное сексуальное напряжение остается не отреагированным», оно «вытесняется», отрываясь от связанного с ним представления («теория отщепления аффекта»). В дальнейшем, уже в зрелом возрасте, вытесненное (неудовлетворенное) сексуальное «прорывается в сознание» через какую-то (где-то и в какой-то форме существующую) «цензуру». Прорвавшееся сексуальное напряжение соединяется с другим каким-либо представлением, придавая ему ту же сексуальную значимость. Такой «прорыв», по Фрейду, и происходит в форме навязчивых представлений, главным образом страхов («инверсия»), или же в форме соматических симптомов истерического невроза («конверсия»). Невроз, развившийся в зрелом возрасте, есть, по Фрейду, «актуальный невроз», глубинная причина которого лежит будто бы не в сфере факторов внешней среды, а в неразрешенном инфантильном сексуальном конфликте.

Такие симптомы, как навязчивый невроз страха (страх загрязнения, заражения, навязчивое мытье рук и т. п.), является, по Фрейду, символом «защиты» или «очищения» от неотреагированного сексуального загрязнения. Навязчивая рвота есть, по этим представлениям, символ неотреагированного отвращения к сексуальному переживанию, рвота беременной — символ нежелания беременности, а клептомания — символ удовлетворения задержанного инфантильно-сексуального влечения. Истерический судорожный припадок символизирует половой акт, а гипноз — это тоже «символ сексуального состояния», наподобие пассивного состояния женщины во время полового акта (Шильдер) и т. п.

«Раскрытие» невротических конфликтов (комплексов «материнского» или «отцовского») достигается психоаналитиками путем многомесячного, иногда даже многолетнего, анализа бессознательной сферы больного. Они считают, что выздоровление может произойти после отреагирования ущемленного аффекта в актуальном неврозе, который якобы без этого не может быть излечен. Таким образом, основа психоанализа лежит в раскрытии (при участии самого больного) сексуальной сущности его невроза с тем, чтобы в дальнейшем заставить его отреагировать, т. е. уже сознательно «очиститься» от «ущемленного» конфликта. Таким образом, согласно этой концепции, во всей симптоматике невротических проявлений навязчивости, главным образом фобий истероидного характера, лежат корни сексуального инстинкта.

Как известно, фрейдовская теория невроза и его метод психоанализа с самого начала их существования встретили со стороны многих психиатров как у нас, так и за рубежом жестокую критику. Против фрейдовского учения о неврозах первым у нас выступил В. М. Бехтерев (1911, 1922, 1929), *который считал его не только неприемлемым с практической и с теоретической стороны*, но и вредным для больного, которого заставляют фиксировать свое внимание на сексуальных переживаниях и видеть во всем сексуальное. «Надо сказать,— писал В. М. Бехтерев (1929),— что

в этой терапии есть, безусловно, вредный и даже опасный элемент, заключающийся в постоянном копании врача в сексуальной сфере больного и в неизбежном при этом сосредоточении на этой сфере, которой и врач и больной в таком случае научаются придавать преувеличенное значение». В. М. Бехтерев подчеркивает, что метод психоанализа «отличается большой субъективностью, которую нельзя устранить ни в первой его части (при расспросах больных), ни во второй части (при истолковании добытого материала)».

Как известно, крайне отрицательно относился к учению Фрейда и И. П. Павлов. По свидетельству одного из его учеников — Ю. П. Фролова (1949), И. П. Павлова «возмущали разглагольствования фрейдистов». В своих воспоминаниях Ю. П. Фролов приводит разговор И. П. Павлова с одним из фрейдистов, в котором пути физиологов и пути фрейдистов были образно представлены И. П. Павловым так: «когда я думаю сейчас о Фрейде и о нас, физиологах, мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный тоннель в подошве большой горы — человеческой психики. Фрейд взял направление вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света и выйдем когда-нибудь на воздух, закончим тоннель. Непременно закончим».

Критикуя понятие о бессознательном, на котором строится все учение Фрейда, И. П. Павлов (1927) говорил о том, что «... такой важный корковый акт, как синтезирование, может совершаться и в частях полушарий, находящихся в известной степени торможения под влиянием преобладающего в коре в данный момент сильного раздражения. Пусть этот акт тогда не сознается, но он произошел — и при благоприятных условиях может обнаружиться в сознании готовым и представляться как возникший неизвестно как»[1]. Полная несостоятельность фрейдовской теории в отношении преобладания сферы инстинктов в генезе невротических проявлений может быть подчеркнута следующим высказыванием И. П. Павлова: «... хотя жизнь животных и нас направляется основными тенденциями организма: пищевой, половой, агрессивной, исследовательской и т. д. (функции ближайшей подкорки), тем не менее для совершенного согласования и осуществления всех этих тенденций, и неизбежно в связи с общими условиями жизни, имеется специальная часть центральной нервной системы, которая всякую отдельную тенденцию умеряет, все их согласует и обеспечивает их наивыгоднейшее осуществление в связи с окружающими условиями внешней среды. Это, конечно, большие полушария»[2].

Приведем несколько типичных клинических наблюдений, которые могут иллюстрировать пути выяснения конкретных условий развития состояний навязчивости и их терапии. Остановимся более подробно на одном уже разобранном нами характерном примере навязчивого невроза в форме навязчивого мытья рук. Как стал бы рассматривать эту больную фрейдист-психоаналитик? Как он толковал бы боязнь загрязнения и навязчивое мытье рук? Вне сомнения, он трактовал бы все это как «замещение в бессознательной сфере неполученного инфантильно-сексуального удовлетворения» и стремился бы бесчисленными собеседованиями с больной «пробиваться в дебри бессознательного» в поисках «истинной» причины невроза. Анализ же конкретных средовых факторов (семейная ситуация) и патофизиологических механизмов

---

[1] И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 361.

[2] Он же, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376.

(патологическая временная связь и патологическая инертность больных участков коры мозга) на основе учения И. П. Павлова в короткий срок раскрыл природу невроза и дал возможность быстро вылечить больную.

Следует отметить, что наши наблюдения подтверждают правильность давнего указания В. М. Бехтерева (1911, 1929) о том, что определенный ряд невротических навязчивых состояний не является инверсией во фрейдовском смысле. Наши наблюдения, подтверждаемые длительным многолетним положительным катамнезом, говорят, что содержание таких навязчивых состояний определяется разнообразными раздражениями внешней среды, а отнюдь не диктуется какими-то грубыми биологическими стимулами, как это вытекает из порочной и совершенно неприемлемой для нас идеалистической концепции Фрейда. Приводим другие примеры.

В диспансер Украинского психоневрологического института в 1934 г. обратилась гражданка Б., 24 лет, по поводу непреодолимого тяготения к похищению некоторых мелких вещей домашнего обихода, причем эти вещи ею не утилизируются и совершенно ей не нужны. Это влечение к хищениям без утилитарной мотивации (клептомания) возникло у нее с детских лет и приобрело характер навязчивости. Борясь с этим пагубным влечением, не раз должна была бросать службу, из-за этого ушла от любимого и любящего ее мужа, боясь признаться ему в своем «пороке». По словам больной, у нее был брат, который страдал тем же пороком.

Больная явилась в весьма угнетенном состоянии, заявляя о неизбежности самоубийства, если она не избавится от этого «ужаса». Из беседы с нею выяснилось, что она происходила из богатой семьи, росла в довольстве, в атмосфере материнской ласки, тепла и заботы. Когда ей было 8 лет, мать ее умерла и она оказалась предоставленной самой себе, так как от отца «ни ласки, ни внимания не получала». Но «положение стало совершенно невыносимым», по словам больной, когда отец женился второй раз. С тех пор больная еще более мучительно переживала отсутствие материнской ласки, и ей было особенно тяжело видеть проявление ласки к ее подругам со стороны их родителей. Иногда она просила мачеху купить ей вещи, которые видела у своих подруг. Сначала мачеха удовлетворяла ее просьбы и покупала просимые вещи, но потом перестала это делать. Больная начала предаваться унынию, чему способствовала жалость к ней и ее брату со стороны няни, называвшей их «сиротами». У больной, как и у ее брата, возникли попытки брать тайком от мачехи сладости и мелкие вещи — бантики, шарфики и пр. Заметив это, мачеха стала все держать под замком. Это глубоко возмутило и больную, и ее брата. В возрасте 14—15 лет больная очень любила всякие безделушки и украшения, подаренные ей прежде матерью, но мачеха прятала их от нее. «У меня вещи есть, но мне их не дают»,— сетовала больная. Затем она стала с волнением, тайком от мачехи отпирать шкафы и брать свои вещи, когда они ей были нужны. На этой почве возникали конфликты с мачехой.

Когда ей было 16 лет, она ушла из дому, поступила на кожевенный завод и стала жить в общежитии. Здесь-то и обнаружилось ее непреодолимое влечение к похищению мелких вещей определенной категории. Началось с того, что у одной работницы она заметила шарф, точно такой же, какой был у ее матери, причем «какая-то неодолимая сила потянула меня взять эту вещь»,— говорила больная. В течение нескольких дней она боролась с этим влечением, затем, купив себе такой же шарф, несколько успокоилась. Но, в конце концов, она все-таки взяла тайком шарф у работницы, спрятала его и тогда только «почувствовала себя

успокоенной». Как заявляет больная, ее влекла не вещь, а самый процесс похищения.

С этого времени и до дня прихода ее в диспансер у нее было неодолимое влечение брать чужие вещи, с чем она мучительно боролась: пыталась взять вещи у соседки по общежитию, внешностью напоминавшей ее мачеху, непреодолимо влекло взять чулки, на которых была рижская марка, открытки и вещицы, напоминавшие ей о Риге, в которой она провела детство. Семь лет назад больная поступила в медицинский техникум и через несколько лет с успехом его окончила. Хотела поступить в медицинский институт, но находилась под постоянным страхом «опорочить себя своим поведением», так как не ручается за дальнейшее, а «жизнь с этим пороком невыносимо тягостна».

Больной разъяснено происхождение и механизм образования ее навязчивого влечения и устранена тревога за будущее. Семь сеансов психотерапии, проведенной в бодрствующем и в дремотном состоянии, устранили навязчивость, а вместе с ней и постоянную тревогу и страх за будущее. Больная уехала в бодром, оптимистическом настроении и через 4 месяца сообщила письмом, что «прежнего влечения и душевного состояния нет, самочувствие очень хорошее» (наблюдение А. Н. Мацкевич).

Анализ патогенеза в данном случае не представлял больших трудностей: тяжелое эмоциональное состояние после смерти матери, перемена семейной жизни и резкое нарушение жизненного стереотипа: ласковое отношение матери, ни в чем не отказывавшей дочери, и совершенно противоположное поведение мачехи. Возникает окрашенный эмоцией резкий внутренний протест и стремление брать тайком вещи, спрятанные мачехой. Развивается и закрепляется страсть к присвоению всего того, что связано с детством, с Ригой, где прошло детство, и чего лишилась при мачехе. Все это привело к возникновению инертного очага застойного возбуждения, связанного со строго определенной группой раздражителей, подкрепляемого остро переживавшейся эмоцией протеста. Так возникла тяжело переживаемая больной клептоманическая установка, импульсивно реализуемая в строго определенных условиях, в форме навязчивых действий (частичная, избирательная клептомания).

В данном случае подтверждается указание В. М. Бехтерева (1922), что клептомания есть упрочившийся патологический сочетательный (условный) рефлекс, воспитанный в неблагоприятных условиях социальной среды, и что это заболевание отнюдь не является «прирожденным» и «неизлечимым», как это было принято считать в психиатрии.

Уместно напомнить также слова И. П. Павлова о том, что «есть два способа действования»: это — «разумное действование» и «действование (может быть, даже прямо через подкорковые связи) под влиянием только тенденции, без того предварительного контроля,— аффективное, страстное действование»[1].

У данной больной был навязчивый невроз, в патофизиологической основе которого лежала инертность раздражительного процесса, зафиксировавшегося в определенном участке коры мозга на фоне длительной астенической эмоции. Она выражалась в форме определенной реакции на ситуацию, получавшей преобладающее и незаконное значение.

В данном случае заболевание можно рассматривать как деятельность известного пункта или района больших полушарий. Этот пункт под влиянием эмоции (иррадиация возбуждения из подкорки) приобрел домини-

---

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376.

рующее значение. В этих условиях при слабости коры он вызвал сильную распространенную отрицательную индукцию, исключающую контроль, влияние остальных частей полушарий.

Как этот случай стали бы трактовать фрейдисты-психоаналитики? Конечно, они усмотрели бы здесь «прорыв через „цензуру" неотреагированного инфантильного сексуального комплекса», что и «привело» к возникновению «актуального невроза», для устранения которого необходимо осуществить «очищение» (путем так называемого катарзиса или длительного психоанализа). Однако устранение навязчивого влечения легко осуществляется путем психотерапии, основанной на физиологическом учении И. П. Павлова.

Сюда может быть отнесено, например, наблюдение больной со стазофобией (см. стр. 325—328).

Больная самостоятельно не может ни стоять, ни ходить, в то время как с помощью другого лица, или держась за что-либо, может передвигаться. При этом условии она может пройти несколько километров и даже танцевать. Но при попытке лишить ее опоры больная тотчас впадает в состояние непреодолимого ужаса, у нее возникает сердцебиение, она вся покрывается пóтом, лицо ее бледнеет, конечности холодеют. Вследствие этого, чувствуя себя во всем вполне здоровой и полной желания работать, обречена на бездеятельное состояние. Отсутствие надежды на выздоровление приводит к упорным мыслям о самоубийстве. Больна в течение $2^1/_2$ лет, наследственность здоровая, каких-либо симптомов органического заболевания нервной системы не имеется, координация движений в лежачем положении, как и мышечная сила сохранены в совершенстве. Таким образом, весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха: «Вдруг упаду!».

Сторонник психоанализа скажет, что это «сексуальный невроз», корни которого нужно искать в инфантильной сексуальной травматизации и что необходим глубинный психоанализ, в процессе которого «может произойти излечение».

Но когда мы проанализировали условия развития этого навязчивого невроза и выяснили конкретную причину (ятрогения), то применили комбинированную психотерапию, проводившуюся по довольно сложной индивидуальной методике. Это радикально устранило имевшуюся фобию.

Мы умышленно относительно подробно описали эти случаи, чтобы показать плодотворность выявления патофизиологических механизмов и лечения, построенных на четких началах павловской физиологии, а не фрейдовской фантастики. В ряде глав мы уже описывали больных с навязчивыми неврозами, у которых, однако, была исключена роль сексуального фактора в генезе заболевания, и все они выздоравливали без помощи фрейдовского психоанализа.

Анализ всех этапов прошлой жизни больного не только исключает работу врача «в темную» (как у фрейдистов), но и позволяет исправлять тяжелые последствия фрейдовского психоанализа. Приводим примеры.

1. Больная К., 34 лет, обратилась в 1927 г. с жалобами на чрезвычайно мучительное чувство своей неполноценности, на потерю трудоспособности и работу по принуждению, на свое «незнакомство со сложностями жизни и игнорирование их», на «инфантильное отношение к жизни», упадок физических сил, понижение психического тонуса, состояние угнетения, порождаемое «сознанием неприспособленности к жизни». В прошлом одним врачом был проведен психоанализ, причем якобы был вскрыт «эдипов комплекс». Психоанализ длился 2 года. Но последовало не улучшение, а ухудшение, так как во время психоанализа ей разъяснили, что она «человек инфантильного отношения к жизни», что она

«непригодный : жизни, несчастный человек», и запретили ей выходить замуж. Успокаивали ее тем, что она будет себя хорошо чувствовать, когда ей будет 32 года. Слова «несчастный человек» преследовали ее до 32-*летнего возраста и действовали подавляюще. В тяжелые моменты жизненной* борьбы эти слова всегда всплывали: «Куда же мне бороться, ведь я несчастный человек»,— и ее энергия падала. Обещанный возрастной срок прошел, а улучшения не было, ее охватило отчаяние, депрессия, мысли о самоубийстве.

С помощью подробных анамнестических бесед нам удалось выяснить, что причиной невротического состояния были неблагоприятные семейные условия и неправильное воспитание, на что и было обращено внимание в дальнейших беседах разъяснительного и перевоспитывающего характера, подкрепляемых словесными внушениями во внушенном сне. Результат трехнедельного лечения благоприятный; положительный катамнез $3^1/_2$ года. Все это время была бодра и работоспособна.

Таким образом, ухудшение состояния больной произошло под влиянием травмировавших психику больной слов врача-психоаналитика. Анамнестические беседы и патогенетически правильная терапия перевоспитали больную и возвратили ее к трудовой жизни.

2. Больной Ш., 25 лет, в течение 3 лет страдает половой импотенцией, от которой 8 месяцев лечился на основе психоанализа, но это лечение закончилось «еще большим душевным гнетом», как выразился больной. Нами выяснен механизм патологической временной связи, возникшей под влиянием испуга во время полового акта, в виде тормозного условного рефлекса. Проведено шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, в которых внушалось забвение пережитого испуга. Это дало положительный результат: половая жизнь наладилась.

Точно так же другой больной 32 лет в течение нескольких месяцев безрезультатно лечившийся по поводу половой слабости у сторонника психоанализа, выздоровел после выяснения конкретной причины и проведенных во внушенном сне четырех сеансов словесного внушения.

Из всего сказанного видно, что простая и здоровая критическая оценка повседневных массовых наблюдений над больными неврозами говорит против выработанных Фрейдом и его последователями «положений» о сексуальном факторе, как якобы единственном в происхождении неврозов, о «бессознательном» как некоей области зарождения неврозов.

Итак, отрыв от реальности, неправильный учет значения социальных факторов в развитии неврозов, построение выводов на основании совершенно произвольного толкования сомнительного по своей значимости материала, признание исключительного значения в генезе неврозов сексуального инстинкта и, наконец, обязательная связь с инфантильной сексуальной психической травмой — все это делает концепцию Фрейда совершенно неприемлемой.

Не может быть для нас приемлема и концепция Адлера, которая берет свои истоки от фрейдовского учения и характеризуется переоценкой значения конституциональной недостаточности органов как первоисточника развития невроза. Таким образом, концепции Фрейда, Адлера, лежащие в основе современной зарубежной (преимущественно американской) «психотерапии», построены на чисто умозрительных представлениях, на предвзятом и в корне ошибочном подходе к больному.

Идеалистическое учение Фрейда получило широкое распространение в капиталистических странах. Как известно, в настоящее время фрейдизм пользуется особым признанием в США. Концепция Фрейда оказалась выгодной идеологам буржуазии, поскольку она содействует отвлечению

народных масс от правильного, материалистического понимания психических и социальных явлений.

Более того, как известно, свои идеи Фрейд в дальнейшем вынес далеко за пределы учения о неврозах, ибо он «сексуализировал» даже и социальные явления. Так, по Фрейду, вытесненные и переработанные в бессознательной сфере инфантильно-либидинозные тенденции якобы определяют жизнь всего человечества и притом на высших ступенях человеческой культуры. Так, Фрейд утверждает, например, что «авиация имеет инфантильно-эротическое происхождение», а проявившееся в сновидении «желание летать» обозначает не что иное, как «страстное желание половой потенции». Таким образом, для всего учения Фрейда специфичен идеалистический отрыв высшей нервной деятельности человека от общественной среды.

ГЛАВА XX

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛАХ ЛЕЧЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

«... есть и душевные лекарства, которые врачуют тело».

М. Я. Мудров

О ВНУШАЮЩЕМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

В высшей нервной деятельности человека роль внушающего фактора может играть не только прямое словесное воздействие, но и те предметы внешней среды, которые приобрели значение условных раздражителей.

Так, в одном из наших исследований было показано, что условный раздражитель (громыхание железного листа) усыплял больного, который продолжал спать в течение всего времени громыхания, а после прекращения действия раздражителя больной пробуждался.

Такой эффект был обусловлен предварительным словесным внушением.

Именно по тем же физиологическим механизмам и тем же путем на больного начинают оказывать определенное действие не только сами лекарственные вещества или лечебные процедуры, но и все те специфичные раздражители больничной обстановки, на фоне которых проводится то или иное лечение.

Вот почему огромное значение получают для больного не только сами лечебные мероприятия, назначаемые в лечебном учреждении, но и вся система условных и безусловных раздражителей, связанных с самим лечебным учреждением в целом. Вся структура лечебного учреждения и характер лечебных мероприятий несут некоторые черты скрытого психического воздействия, призванного настраивать корковую динамику больного на борьбу с болезнью. И, наоборот, в случае неправильной постановки лечебной помощи, это воздействие может получить совершенно иное, отрицательное, значение, ведя к еще большей дезорганизации и без того ослабленной болезнью коры мозга больного.

Исходя из этого, следует признать, что применение каких-либо терапевтических средств без сопутствующих им слов врачебного воздействия (в виде разъяснений, успокоения больного, надлежащих приемов убеждения или внушения) является совершенно неправильным. Между тем многие врачи нередко совершенно упускают из виду то важное обстоятельство, что успех всякого терапевтического воздействия в известной мере обусловлен именно влиянием скрытого условнорефлектор-

ного фактора. Все без исключения лечебные средства воздействуют на больного не только прямым образом, т. е. своими физико-химическими свойствами (проверенными, например, в экспериментах на животных), но также через посредство сопутствующих словесных (устных и письменных) внушений и наставлений. Поэтому при объективной оценке действия различных медикаментозных средств это обстоятельство необходимо постоянно учитывать, так как эффект действия косвенного внушения подчас оказывается значительно более мощным и глубоким, чем это принято думать.

Поэтому, если врач не отдает себе отчета в том, как велика роль и значение косвенного воздействия, оказываемого тем или иным терапевтическим приемом непосредственно на кору мозга больного, а через нее и на весь организм, то он легко может впасть в ошибку, поскольку полученный терапевтический эффект фактически оказывается в значительной степени обусловленным воздействием прямого или косвенного внушения.

Чтобы осветить эти вопросы, имеющие глубокие корни в условиях повседневной клинической практики, мы можем в качестве примера сослаться на сопоставление результатов обезболивания родов, достигавшегося двумя различными способами — медикаментозным и путем косвенного внушения.

Для выяснения степени участия в медикаментозном методе психического влияния К. П. Проняева провела следующее наблюдение.

У 130 рожениц она применяла медикаментозный метод, но с нарочито формальным подходом, выражавшимся в том, что лекарственные вещества вводились без всякого предварительного воздействия на психику рожениц, т. е. без разъяснения значения применяемого средства и т. д. В результате были получены следующие данные (по пятибалльной системе): оценка 5—у 7,6%, 4—у 15%, 3—у 31%, 0—у 46%. Едва ли нужно комментировать эти данные, они говорят сами за себя.

Приведем еще одно не менее интересное сопоставление.

На Ереванском съезде акушеров и гинекологов (в сентябре 1939 г.) был предложен поразивший всех своей эффективностью, простотой и легкостью применения метод обезболивания родов при помощи наложения банок на область зон Снегирева-Геда. Сопоставляя результаты обезболивания родов путем косвенного внушения (197 женщин) с итогами применения банок (143 женщины), были получены следующие данные (табл. 6).

Таблица 6

Метод обезболивания	Число рожениц	Результаты (в %) оценка по пятибалльной системе			
		5	4	3	0
Банки	143	47,5	40,5	6,9	4,8
Косвенное внушение	197	33	28	24	15

Можно полагать, что при обезболивании родов путем постановки банок на область возникающих при родовых болях кожных болевых зон могли иметь место два физиологических механизма: 1) отрицательная индукция, вызываемая очагами возбуждения кожного анализатора от раздражения банками, и 2) условнорефлекторный механизм скрыто действующего косвенного внушения, на долю которого, как видно из табл. 6, падает примерно третья часть полученного успеха.

Вот почему, когда нам говорят, например, что «наркоз является прекрасным методом в особенности потому, что роженицы чрезвычайно легко поддаются наркозу и нередко засыпают достаточно глубоко от 5—8 капель хлороформа, чтобы не чувствовать болей» (К. К. Скробанский, 1930), у нас невольно возникает другая мысль. Роженицы засыпают от 5—8 капель хлороформа не потому, что они очень восприимчивы к нему, а в связи с тем, что эти 5—8 капель в большинстве случаев сопровождаются словами успокоения и усыпления. Кроме того, здесь сказывается влияние как словесного внушения, так и самовнушения. Напомним, что еще в 80-х годах прошлого столетия Бернгейм говорил о внушающем действии хлороформа в тех случаях, когда больные крепко засыпают уже после двух-трех вдыханий, и дальнейшее смачивание маски какой-либо индиферентной жидкостью способно поддерживать «наркоз». Повидимому, можно считать, что в таких случаях чем больше будет произнесено усыпляющим «наркотизирующих» слов, тем меньше понадобится капель эфира или хлороформа и тем скорее они подействуют.

Следует отметить, что предпосылки к применению для обезболивания родов метода косвенного внушения у нас имелись со стороны как клинико-экспериментальной, так и теоретической. Так, наша сотрудница Р. Я. Шлифер (1924) наблюдала, как прием половины стакана чистой воды под видом «портвейна» вызвал подъем сил и ослабил интенсивность потуг у одной из рожениц. Выше уже говорилось о том, что приемом укропной воды оказывалось возможным прекратить в течение нескольких дней психогенную полидипсию и полиурию двенадцатилетней давности у больного, стационированного в госпитальной терапевтической клинике с диагнозом «несахарное мочеизнурение».

Напомним, что И. П. Постольник (1927) успокаивал возбужденную роженицу с затяжными сухими родами и быстро устранял боли, использовав в качестве «обезболивающего» водяную клизму. Позднее психиатр Ю. В. Каннабих и терапевт В. Ф. Зеленин (1937) инъицировали подкожно стерильную воду под названием «терморегулин», который якобы повышал температуру тела; при этом у ряда наблюдаемых ими больных температура, действительно, повысилась. Дерматологи А. И. Картамышев и Н. Г. Безюк, Бонжур, Грумах (1930), Блох (1929) и др. устраняли бородавки косвенным внушением. У нас Е. Н. Закаменная устраняла бородавки во внушенном сне, смачивая их водой, что сопровождала соответствующим словесным внушением, при этом в 10 случаях из 12 был положительный результат. Психиатр Блейлер (Bleuler) наблюдал повышение температуры у некоторых больных туберкулезом после инъекции им воды под видом «туберкулина».

Все это дает основание считать, что в скрытой форме внушение почти всегда сопутствует любому медикаментозному методу лечения, причем этот скрытый психический фактор, действующий по механизму условного рефлекса, может придавать индиферентному веществу, действительно, лечебное свойство или же усиливать (или ослаблять) воздействие безусловных лечебных средств.

В косвенном словесном внушении нужно видеть также возможную причину неустойчивости степени эффективности одних и тех же средств у различных врачей (а часто и у одного и того же врача, но при разных состояниях корковой динамики больного).

Все это говорит о том, что при оценке преимуществ того или иного медикаментозного средства необходимо учитывать фактор скрытого внушающего воздействия и не обольщаться убеждением, что при применении этого метода (или средства) «внушение исключено». Вместе с тем мы видим, что применение медикаментозных средств без психотерапевтического

влияния врача понижает их эффективность. Этим подчеркивается необходимость, наряду с повседневным положительным психическим влиянием на больного, усиливать путем соответствующих словесных воздействий эффективность медикаментозных и других средств, ибо именно все это лежит в основе того полноценного подхода к больному, который в наши дни должен быть признан обязательным для каждого врача.

Врач далеко не всегда достаточно учитывает ту роль, какую может играть внушающее воздействие при применении всякого рода новых лечебных препаратов или методов лечения, якобы дающих «чудодейственный» терапевтический эффект.

Факты переоценки врачом терапевтической значимости того или иного лечебного мероприятия нередко обязаны своим происхождением именно тому суггестивному действию, какое оказывает на больного их применение (так же как и тот специальный ритуал, с каким в отдельных случаях может быть связано их применение).

Этим в значительной мере объясняется наблюдаемое в свое время увлечение ныне совершенно оставленными металло-, протеино-, лактотерапией и т. п., которое в наши дни отмечается в отношении лечения самых разнообразных по своей природе заболеваний методом блокады, аутогемотерапии, тканевой терапии, введением микродоз новокаина или пенициллина в спинномозговой канал и т. п. В таких случаях зачастую бывает даже трудно определить, что именно в наступившем (нередко весьма быстром!) терапевтическом эффекте должно быть отнесено за счет воздействия самого препарата как такового, и что за счет переживания больного. Тем более при этом следует учитывать обусловленный заболеванием резко сниженный тонус коры мозга больного, «установку на врача» и повышенную внушаемость.

Итак, необходимо считаться с тем, что в деятельности каждого врача может иметь место самая подлинная аутосуггестия, от которой врач может быть застрахован в полной мере в том случае, если будет твердо знать (и постоянно учитывать в своей деятельности), что внушаемость есть свойство, постоянно присущее каждому больному, и что в результате внушающего воздействия в организме больного могут возникать самые разнообразные физиологические и биохимические изменения.

Вот почему формула «помогает, значит лечит», на основе которой нередко строится наивно-реалистическое мышление начинающего (да и не только начинающего) врача, должна быть подвергнута критическому анализу. Что же именно помогает в процессе лечения: сама пилюля, получаемая больным, или же слова врача, сопровождающие ее прием?

На страницах медицинских журналов можно встретить статьи, в которых указывают, что критерием положительного эффекта тканевой терапии было «длительное и полное исчезновение боли», «уменьшение боли и числа приступов», «изменение характера боли», причем «констатируется», что «в отдельных случаях боли прекращались в первую же ночь после подсадки». Отдавая должное методу тканевой терапии, мы тем не менее не вправе игнорировать ту роль, которую при нем, как и при любом другом терапевтическом мероприятии, неизбежно играет второсигнальный фактор, т. е. скрытое внушение.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Психотерапия в клинике органических заболеваний нервной системы может применяться:

1) при возникновении сопутствующих этому заболеванию соматогенных невротических наслоений;

2) при психогенной невротической реакции больного на органическое поражение нервной системы;

3) в целях диференциальной диагностики психогенно возникающих нарушений от нарушений органических.

В. М. Бехтерев (1911) указывал, что «... при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной ткани...», и что «этим самым и дается возможность некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения».

Однако применение психотерапии не должно в этих случаях отвлекать внимания невропатологов, а тем более не должно давать повода к ошибочному диагносцированию основного заболевания нервной системы, ибо в отдельных случаях указанные выше невротические явления нередко обнаруживаются задолго до появления самой органической симптоматики, приобретая неврастенический, психастенический или истерический характер. Такая симптоматика невроза, возникающего на базе органического заболевания нервной системы (соматогенный невроз), может ввести в заблуждение даже опытных невропатологов. Поэтому диагноз органического заболевания нервной системы нередко устанавливается только при дальнейшем развитии основного заболевания или же лишь на секционном столе. Последнее чаще всего бывает при наличии опухоли головного мозга, что наблюдалось рядом авторов [Тома (Thomas), 1903; Вигуру (Viegouroux), 1903, и др.], а также нами. Наконец, следует отметить, что при закрытых травмах черепа может иметь место также с м е ш а н н ы й этиологический фактор — физическая и психическая травма.

Возникновение такого соматогенного невроза, который приводит к астенизации коры мозга, конечно, вносит в клиническую картину основного нервного заболевания большее или меньшее усложнение, создавая новую дополнительную патологическую симптоматику. Естественно, что во всех этих случаях психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии (с применением прямого или же косвенного внушения), а особенно во внушенном сне, может оказывать положительное воздействие, устраняя возникшее нарушение корковой динамики или же повышая тонус коры мозга и вселяя в больного уверенность в успехе лечения.

Что касается невротической реакции больного на органическое заболевание нервной системы, то она чаще всего может возникать у лиц, относящихся к более или менее слабому или ослабленному типу нервной системы.

Как свидетельствует наш опыт, в ряде случаев применение психотерапии может быть полезно также для устранения или ослабления таких явлений, как табические гастрические кризы, если только больной хорошо гипнабилен. Далее, известны случаи эффективности психотерапии, хорошо поддающихся гипнозу больных в начальных стадиях рассеянного склероза. Таким путем может быть ослаблена на более или менее длительные сроки дисфункция двигательного аппарата (парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание и т. п.), о чем говорят литературные данные и наши наблюдения.

Сказанное может быть иллюстрировано некоторыми исследованиями Р. М. Ячменик, проведенными в 1953 г. в неврологическом отделении Харьковской второй городской больницы. Эти данные свидетельствуют о том, что словесным внушением, действительно, могут устраняться невротические симптомы, сопутствующие органическим заболеваниям центральной нервной системы. Кроме того, могут устраняться также прямые психогенные невротические реакции на эти заболевания. С этой

целью после соответствующей анамнестической беседы с больным применялось внушение во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом. Больший или меньший успех был отмечен при инфекционных заболеваниях центральной нервной системы (10 больных), травмах черепа (10 больных), гипертонической болезни с нерезко выраженными церебральными явлениями (5 больных.)

В результате психотерапии выравнивалось эмоциональное состояние больных, исчезали функциональные нарушения, сопутствующие основному заболеванию, улучшался аппетит, восстанавливался сон, устранялись реактивные невротические явления. В связи с этим и само основное заболевание протекало легче.

1. Больная Т., 40 лет, доставлена в неврологическое отделение больницы по поводу контузионных явлений после травмы, нанесенной на границе лобной и теменной области головы. Наряду с органической симптоматикой, обнаруживается болезненность при пальпации тригеминальных точек, разница коленных рефлексов (d>S), непостоянный симптом Бабинского справа, явления расстройства схемы тела, а также отмечаются постоянные слезы, выраженное угнетенное состояние, бессонница, повышенная раздражительность, головные боли. Закрывая глаза, видит образ человека, нанесшего травму.

Применена гипносуггестивная терапия. После первого же сеанса больная стала значительно спокойнее, появился сон. После дальнейших пяти сеансов угнетенное состояние сменилось заметно выраженной бодростью, наступила уверенность в выздоровлении, исчез псевдогаллюцинаторный образ. К остаточным явлениям после травмы (головные боли, головокружение) относится спокойно. Находилась под наблюдением на протяжении $1^1/_2$ лет, здорова.

2. Больная Ч., 28 лет, доставлена по поводу острого инфекционного энцефалита, развившегося инсультообразно, с приступами слабости и онемения в левых конечностях. Объективно: неравномерность глазных щелей, парез лицевого нерва центрального происхождения, спастический левосторонний гемипарез с симптомом Бабинского. После курса медикаментозной терапии исчезли головные боли и явления слабости в левых конечностях. Однако больная оставалась в реактивном угнетенном невротическом состоянии, преследует навязчивая мысль, что «приступ повторится где-нибудь на улице» и она «должна будет умереть», так как ее мать «болела подобным заболеванием и умерла от второго приступа на улице». Эта навязчивая мысль преследовала больную в течение месячного пребывания в больнице.

Два сеанса словесного внушения во внушенном сне, проведенные за неделю до выписки, изменили настроение больной. Появился аппетит, хороший сон, и она была выписана в удовлетворительном состоянии. В течение 4 лет самочувствие хорошее: успешно работает на производстве, несмотря на наличие остаточных явлений после энцефалита в форме нерезко выраженного левостороннего гемипареза.

Следует отметить, что в последние годы П. Н. Гершкович (кабинет лечебной физкультуры Центральной психоневрологической больницы, 1955) применяет во внушенном сне тренировочные упражнения по лечебной физкультуре для лечения свежих и застарелых органических парезов и параличей различной этиологии.

Под влиянием внушений, вселяющих в больного бодрость и уверенность в своих движениях, а также в успех лечения, можно значительно ускорить процесс восстановления движений в пораженной конечности. В некоторых случаях реализация внушений делается постгипнотически, т. е. после выведения больного из состояния внушенного

сна. В отдельных случаях успех был также отмечен и без усыпления больного, т. е. при таких же внушениях, но в бодрствующем состоянии.

Успешность гипносуггестивной терапии в таких условиях наблюдалась у большого числа больных. Путем проведения ряда сеансов «тренировочных упражнений в гипнозе», действительно, оказывается возможным вызвать у этой категории больных как ослабление имеющегося пареза или паралича, так и ускорение восстановления движений. Иначе говоря, путем словесного внушения во внушенном сне было достигнуто то, чего нельзя было получить в состоянии бодрствования.

Приведенные факты подтверждают указания В. М. Бехтерева (1911), что применение гипнотического внушения при органических процессах «находит себе иногда довольно благодарную почву, которая по всей вероятности расширится еще со временем при дальнейшем изучении гипнотического врачевания».

Как мы уже отмечали, невропатологам нередко приходится иметь дело также с чисто психогенными заболеваниями нервной системы, зачастую ими ошибочно принимаемыми за органические. Многолетние наблюдения, как наши лично, так и наших сотрудников, говорят о том, что невропатологи иногда ставят диагноз «энцефалит», «диэнцефалит», «нейроинфекция», «арахноидит» и т. п. при симптомах и синдромах, обусловленных теми или иными чисто функциональными нарушениями корковой и подкорковой динамики. Такие симптомы могут быть связаны с деятельностью различных анализаторов, в том числе кинэстезического (гиперкинезы, параличи), и с вегетативной нервной системой. В таких случаях при решении диагностической задачи положение даже опытных невропатологов нередко оказывается крайне затруднительным.

Все эти трудности легко могли бы быть устранены, если бы невропатологи систематически учитывали роль психогенных факторов, что, нужно сказать, нередко совершенно ускользает от их внимания, а иногда и просто игнорируется ими. В таких случаях углубленная анамнестическая беседа может иметь весьма важное значение вспомогательного диагностического средства, в особенности если она проводится во внушенном сне, при котором могут быть быстро получены необходимые ответы на поставленные врачом вопросы. Для иллюстрации приведем ряд примеров.

1. Больная К., 28 лет, обратилась с жалобами на спастическую кривошею годичной давности, причем голова больной повернута в крайнее правое положение и несколько закинута кзади. Такое же положение головы сохраняется у больной и во время сна, что дало врачам основание считать заболевание органическим. В течение целого года неработоспособна, поликлиническое лечение безрезультатно, переведена на инвалидность. Причина — психическая травма из-за незаслуженного оскорбления, полученная на производстве во время конвейерной передачи керамических плиток, связанной с постоянными вынужденными поворотами головы вправо и несколько кзади. В момент психической травмы голова находилась именно в таком положении, которое в дальнейшем зафиксировалось (рис. 85).

Больная была назначена на психотерапию. Внушение, проводившееся в дремотном состоянии, с первого же сеанса дало постепенно нарастающее улучшение. Через две недели после лечения заболевание было устранено, больная была выписана и приступила к работе. Демонстрировалась на конференции диспансера (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Аналогичный случай мы описали выше (стр. 150), когда спастическая кривошея 8-летней длительности, также признававшаяся следствием

органического заболевания нервной системы, была устранена двумя сеансами гипносуггестивной терапии. Оба эти наблюдения заслуживают особого внимания, так как в некоторых учебных руководствах по болезням нервной системы нет указаний как на возможность психогенеза, так и эффективность психотерапии данного заболевания (см., руководство по нервным болезням Е. К. Сеппа, М. Б. Цукера и Е. В. Шмидта, 1954). Кроме того, в главе «Психическая судорога» учебника по нервным болезням Л. О. Даркшевича (1914) имеется даже прямое указание на то, что в этом случае «применение гипнотерапии... рекомендоваться нами не может».



Рис. 85. Психогенная кривошея до (*а*) и после (*б*) гипносуггестивной терапии.

Впервые положительный эффект психотерапии кривошеи был отмечен еще в 1910 г. Мором (Mohr). Однако это не привлекло к себе должного внимания невропатологов, вследствие чего многие из них до сих пор склонны считать всякую кривошею заболеванием органическим, весьма трудно поддающимся лечению и притом с малой надеждой на успех. К такому ошибочному выводу неизбежно приходят все те, кто игнорирует не только возможность психогении, ведущей к развитию в коре мозга патологически инертного очага возбуждения, лежащего в зоне кинэстезического анализатора, но и возможность устранения этого «больного пункта» путем психотерапии.

Приводим примеры более сложных расстройств функций кинэстезического анализатора, возникающих в форме стереотипных навязчивых судорожных движений (тиков). Начнем с наблюдения, уже упоминавшегося нами выше (стр. 101).

2. Больная К., 23 лет, поступила с жалобами на беспрестанные кивательные движения головы (так называемая салаамова судорога), которые упорно держатся в течение нескольких недель и не поддаются обычному лечению бромидами, иодистыми препаратами и электризацией. Непроизвольные сокращения шейных мышц появились после пережитого испуга, связанного с падением навзничь из трамвайного вагона. В тот же день развился своеобразный гиперкинез в форме кивательной судороги. При первом же сеансе психотерапии, проведенном во внушенном сне, во время засыпания движения стали ослабевать и во сне прекратились совершенно. Было произведено словесное внушение успокоительного характера: «Испуг при падении забыт! Вы успокоились, воспоминание о падении вас не волнует, кивание прекратилось и не будет больше

повторяться!» Больная проснулась без кивательных движений, результат получился стойкий. Через 12 лет мы встретили больную: судорога не возобновлялась.

Такие судороги встречаются чрезвычайно редко. В данном случае их можно было бы рассматривать как зафиксировавшуюся защитную реакцию, в основе которой лежит патологическая инертность возникшего в кинэстезической зоне коры мозга очага чрезмерно концентрировавшегося возбуждения.

Приведем два случая более сложного судорожного гиперкинеза, ошибочно принимавшегося за заболевание органического характера.

3. Больная А., 42 лет, обратилась в 1930 г. с жалобами на тик лица, шеи и левой руки (n. facialis et n. accessorii sin.), которым страдает с раннего детства. Заболевание развилось в детские годы после ряда очень тяжелых потрясений: смерть отца и матери, последующее резкое ухудшение материальных условий. Когда окружающие обратили внимание на ее заболевание и было начато лечение, больная была в возрасте 8—9 лет. Физио- и фармакотерапия были безуспешны. Ставился диагноз «дегенеративная невропатия». Больная отмечает, что ручной труд (вышивание) вносил успокоение и давал ей возможность временно «брать себя в руки», однако лишь на самое непродолжительное время. В дальнейшем она утратила способность временно облегчать таким путем свое состояние. Во время войны 1914—1916 гг. у нее были тяжелые переживания, в результате чего подергивания усилились и уже ничем не устранялись.

Летом 1928 г., когда больная была в Ессентуках, где лечилась по поводу заболевания печени, подергивания ее «совершенно измучили», причем на шее от частых подергиваний образовались болевые точки, а затем присоединилась бессонница. Она решила прибегнуть к помощи психотерапии.

«На сеанс гипноза я пришла совершенно больной, душевно разбитой, это было последнее, на что я надеялась». Результат этого сеанса «был изумителен: тик прекратился, все болевые точки исчезли, настроение стало прекрасным, сон восстановился». Тик появился вновь только после пережитого ею в конце следующего года большого горя, вследствие которого, кроме тика и бессонницы, возникла «слезливость, которую ничем нельзя было устранить». Она обратилась к другому врачу, лечившему гипнозом, и он ей помог: «После сеанса слезы прекратились, тик прошел, но на этот раз срок был менее продолжителен. Через 3 месяца тик возобновился».

После проведенных нами двух сеансов внушения во внушенном сне тик прекратился, восстановился нормальный спокойный ночной сон и бодрое душевное состояние. Больная вернулась к своей работе. Однако тяжелая болезнь, а затем и смерть близкого ей человека снова выбили ее из колеи. Тем не менее тик не возобновился. Через 4 года сообщила, что чувствовала себя все эти годы хорошо.

4. Больной Ю., 19 лет, направлен в психоневрологический диспансер Донецкой железной дороги с диагнозом «энцефалит». Жалобы на постоянные подергивания туловища и главным образом головы, появившиеся около 5 месяцев назад. Подергивания проявляются при разговоре и при волнениях и, начиная с головы и шеи, распространяются на все туловище, локализуясь больше на левой стороне тела. Сначала появляются единичные местные подергивания, переходящие затем в судорожные сокращения тикоподобного характера, а движения головы и туловища носят как бы оборонительный характер. Во время беседы движения непрерывно меняются в своей интенсивности, резко усиливаясь при волнении. Иногда эти насильственные движения на короткий срок прекращаются и

больной некоторое время сидит спокойно, но в напряженной позе, как бы ожидая наступления новых судорожных приступов.

Из анамнестической беседы выяснилось, что покинутая им девушка, за которой он ухаживал, из ревности плеснула ему в лицо какой-то кислой жидкостью, попав при этом в левый глаз и рот. В связи с этим он находился в больнице. После выписки появлялись незначительные насильственные движения головы в виде откидывания в сторону и частого мигания век. После ряда волнений данные явления стали ухудшаться. Под влиянием этого больной стал злоупотреблять алкоголем, что еще больше ухудшало его состояние. Насильственные движения проявлялись и ночью, во время сна. В последнее время больной не мог даже сидеть, не мог есть — с трудом удерживал ложку.

В соматическом статусе, кроме компенсированного порока сердца, уклонений от нормы нет. Наследственность без отягощений. Мы предположили, что гиперкинез является функциональным и связан с психической травмой.

Применена психотерапия с мотивированными внушениями, направленными на забвение пережитого волнения. Больной оказался хорошо гипнабильным, после 2-го сеанса психотерапии во внушенном сне наступило улучшение, а после 3-го сеанса гиперкинез прекратился. Для закрепления результата проведено еще четыре сеанса. Уехал в хорошем состоянии. Положительный катамнез 20 лет; рецидивов не было (наблюдение А. Е. Бреслава).

Все эти примеры говорят о необходимости иметь в виду и психогенную форму гиперкинезов, при которой расстройства функций кинэстезического анализатора легко поддаются воздействию психотерапии.

Далее, следует иметь в виду, что имеется группа неврозов, основным проявлением которых является боль. Это обстоятельство весьма часто служит причиной диагностических ошибок. Больных с различными невралгиями, как и вообще с превалирующим в их симптоматике алгическим компонентом, как правило, направляют в неврологическую клинику, так как считается, что такого рода заболевания имеют органический характер. При этом не учитывается, что невралгии могут быть и психогенными, проявляясь как моносимптомно, так и входя в симптомокомплекс общего психогенного невротического заболевания.

В таких случаях психотерапия безусловно показана.

1. Больная С., 35 лет, обратилась с жалобой на то, что после смерти двух ее детей у нее появились приступы зубной боли в области всех верхних зубов с иррадиацией по всему лицу. После безрезультатного применения фармако- и электротерапии были экстрагированы все верхние зубы. Но это не помогло, так как боли того же характера продолжались, особенно обостряясь при волнениях. Такое состояние длится в течение 3 месяцев.

Применена психотерапия с внушениями, сделанными во внушенном сне: «К потере детей относитесь спокойно, с мыслью об этом вы уже примирились, боли исчезли, так как они были обусловлены вашим переживанием!». После трех сеансов таких внушений весь болевой синдром был полностью устранен. Больная находилась под наблюдением в течение 5 лет (катамнез положительный).

Таким образом, мы видим, что в данном случае экстрагирование всех верхних зубов было прямым следствием полного игнорирования стоматологами того, что в основе данного страдания может быть психогения.

2. Больная Т., 72 лет, обратилась в 1933 г. с жалобами на постоянные приступы правосторонней невралгии тройничного нерва, которыми

страдает на протяжении 16 лет. Электро- и фармакотерапия были безрезультатны. Дважды лечилась в клинике нервных болезней, но все это давало лишь небольшое улучшение и притом на короткие сроки. Отмечено успокаивающее действие тепла и полное прекращение болей в летнее время, в особенности во время пребывания в Крыму. Однако после возвращения из Крыма, с осени боли возобновлялись с прежней силой. И только спустя несколько лет, мы случайно узнали от ее дочери, что начало болей было связано с тяжелыми переживаниями, имевшими место в 1917 г.

Это послужило основанием к применению психотерапии, которая дала быстрый и положительный эффект: четыре сеанса во внушенном сне устранили боли, которые не возникали в течение 2—3 месяцев. Таким же путем в последующие годы больная получала временную, но существенную помощь, в то время как другие терапевтические мероприятия эффекта не давали.

Мы полагаем, что если бы словесное внушение было применено в начале заболевания, то можно было бы рассчитывать на получение прочного эффекта.

3. Больная А., 28 лет, обратилась с жалобами на невралгию всех ветвей левого тройничного нерва. Она отмечает, что после трех сеансов гальванизации нерва боли еще больше усилились, а синий свет и тепло давали облегчение лишь на 1—2 часа. Были основания думать, что «боль шла от испорченного зуба», в связи с чем этот зуб был удален, но и это не принесло облегчения. При расспросе больной была установлена психическая травма: все эти явления у нее возникли вскоре после того, когда она узнала от врача-педиатра, что у ее ребенка порок сердца (острый эндокардит). С этим моментом и совпало начало невралгии тройничного нерва. Считая эту невралгию реакцией на психическую травму, мы применили психотерапию в виде мотивированного внушения в глубокой дремоте. После пробуждения наступило значительное улучшение. После 2-го сеанса невралгия прекратилась, причем отношение больной к болезни ребенка стало значительно более спокойным. Через 2 месяца явилась к нам и сообщила о своем хорошем самочувствии.

4. Больная 39 лет обратилась с жалобами на головные боли, бессонницу и т. д. Диагнозы невропатологов: «неврит левых затылочного и тройничного нервов», «арахноидит». Соответствующее лечение безрезультатно. Так как было установлено наличие недавно полученной психической травмы (известие о гибели ее сына), проведено пять сеансов психотерапии во внушенном сне. Больной внушалось «успокоение» и «примирение с происшедшим», что привело к полному устранению всего синдрома. Положительный безрецидивный катамнез 8 лет.

Следует отметить, что в некоторых руководствах по нервным болезням упоминается о психогенных невралгиях, но на практике невропатологи обычно упускают из виду это обстоятельство, вследствие чего единственно патогенетически правильная в этих случаях психотерапия, как правило, не проводится.

Какой физиологический механизм может лежать в основе устранения психогенных невралгий путем психотерапии?

Повидимому, здесь имеет важное значение устранение внушением самой психической травмы как причины развития данной алгической патологической симптоматики. Далее, можно полагать, что не менее важную роль играет отрицательная индукция, «смывающая» корковый больной пункт, лежащий в области «болевого» анализатора и связанный с данным участком иннервации кожи головы.

Приведем примеры нередко встречающихся диагностических ошибок другого рода.

1. Больная Ф., 19 лет, обратилась в диспансер с жалобами на страх сойти с ума, на боязнь переходить улицы, площади, на невозможность из-за страха выходить одной из дому. При переходе улицы или площади испытывает тягостные ощущения: «мозги шевелятся, сердце бьется, сжимает грудь, в глазах темнеет, ноги подкашиваются, все тело слабеет, дрожит в груди и в животе». Вместе с тем жалуется на головную боль, плохой сон и аппетит, трудность сосредоточения внимания. Невропатолог поликлиники поставил диагноз: «нейроинфекция», в связи с чем запретил заниматься в институте и провел курс дегидратационной и дезинтоксикационной терапии, но без всякого эффекта.

Действительная причина болезни: 2 месяца назад была разбужена среди ночи сильным стуком в окно. Находясь в просоночном состоянии, получила телеграмму о случившемся с ее братом несчастье. В связи с этим у больной возник сильный испуг, спутались мысли, почувствовала как «мозги зашевелились», показалось, что сходит с ума. С тех пор развился описанный реактивный невротический синдром.

Больная инфантильна, ослабленного питания, отличается тревожно-мнительным характером, застенчива и боязлива, что позволяет думать о слабом типе ее нервной системы. В неврологическом статусе патологических нарушений не обнаружено.

Проведено 12 сеансов словесного внушения, вначале в глубокой дремоте, а последние сеансы во внушенном сне. После первых трех сеансов (в глубокой дремоте) больная почувствовала себя значительно лучше, исчез страх сойти с ума. После последующих сеансов весь синдром стал постепенно исчезать и больная стала вполне здорова, смогла посещать институт, сдала экзамены на «отлично» (наблюдение М. И. Каппур).

2. Больная Т., 40 лет, находилась в неврологическом отделении больницы по поводу «грудинно-пояснично-крестцовой полифуникулоневралгии с резко выраженным сколиозом, форма инфекционная, группа по степени тяжести третья». Считает себя больной 2 года, начало заболевания связывает с «простудой», лечилась на Славянском курорте по поводу радикулита, получала ультрафиолетовое облучение, парафиновые аппликации, диатермию. Это дало незначительное улучшение. Возвратившись в семью сестры (врача-невропатолога), начала интересоваться медицинскими книгами. Внимание ее привлекли статьи о радикулитах и спондилитах. Вскоре начала находить у себя симптомы, о которых она узнала из литературы, перестала двигаться из боязни, что у нее спондилит, и пролежала в постели 2 года из-за беспрерывных сильных поясничных болей.

Неврологический статус: резкое исхудание, спонтанные и провоцируемые боли (болевые точки, симптомы вытяжения) корешково-стволового типа, выраженные рефлекторно-тонические симптомы (напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево и др.), слабо выраженный симптом Лассега, торпидные ахилловы рефлексы. Во время 2-месячного пребывания в больнице получила курс физиотерапии (пинолевые ванны, диатермия). Отмечалось некоторое улучшение, но боли, спонтанные и возникающие при исследовании, так же как и рефлекторно-тонические симптомы с вынужденным положением туловища, продолжали сохраняться. Больная находилась в постели.

Мы предположили стойкую патологическую фиксацию болевого синдрома и после консультации с психоневрологом перевели ее в отделение неврозов для гипносуггестивной терапии. После восьми сеансов внушений, проводившихся во внушенном сне, спонтанные боли полностью исчезли, боли при исследовании стали незначительными, исчез также

сколиоз. Больная начала свободно ходить и вскоре была выписана в хорошем состоянии, причем мышечная напряженность и сколиоз были полностью устранены. При периодических контрольных осмотрах в течение 3 последующих лет было установлено, что боли больше не возникают, работоспособность полная (наблюдение К. И. Лавровой).

Итак, у больной были невротические проявления на фоне свойственной ей значительной вегетативной лабильности. Занимаясь чтением медицинской литературы, больная этим еще более углубила свое невротическое состояние. Психотерапия быстро и полностью сняла как имевшийся у нее сколиоз, так и спонтанные боли. Сохранение болевого синдрома (после прекращения местного процесса), повидимому, было обусловлено наличием очага застойного возбуждения в коре головного мозга.

3. Больной П., 29 лет, обратился с жалобами на боли в пояснице и в левой ноге, на затруднения при ее сгибании и разгибании, причем вся левая половина тела «немеет и легко мерзнет». Не может сидеть с уклоном в левую сторону. Во время сна ощущает сдавливание в горле («трудно глотать»), при письме трясутся руки, бывают головокружения. Болен в течение 2 лет, до того был вполне здоров. Заболевание связывает с тяжелыми переживаниями (внезапное заболевание и смерть отца, тяжелое материальное положение семьи). В эти дни и начались острые боли в пояснице. Был направлен на лечение в Сочи, где хорошо поправился, боли прошли.

В течение всего следующего года чувствовал себя удовлетворительно, но поясница слегка побаливала. К концу года получил новое известие об осложнившемся материальном положении его малолетних братьев, помочь которым не мог, что сильно переживал. Снова начались боли в пояснице и поднялась температура (до 38,9°), вследствие чего был помещен в стационар, где пролежал месяц с диагнозом «ишиас». Лечился диатермией, синим светом. Был выписан с теми же болями в пояснице и левой ноге, но к этому прибавилась общая раздражительность, состояние тревоги, пониженная работоспособность, дрожание рук.

Объективно: рефлексы резко повышены, болезненная точка при пальпации в илеосакральной области слева, нерезко выраженный симптом Ласега, заметная гиперестезия по всей левой половине тела. Отмечает, что появилась «невыносливость к получаемым им замечаниям по службе».

Ввиду наличия ряда тяжелых психических травм был проведен сеанс психотерапии в бодрствующем состоянии. Внушалось спокойное отношение к трудностям жизни. Это дало облегчение: больной стал спокойнее. После лечения уехал на летнюю практику, где пробыл месяц, однако по утрам боли в пояснице продолжались. После возвращения с практики снова направлен на амбулаторное лечение: получал диатермию, но после нее почувствовал себя хуже. Вновь стационирован на один месяц, однако никакого улучшения не наступило. Боли в ноге обострились настолько, что самостоятельно не мог разуться, спать мог только на правом боку. Диагноз: подострый ишиас. Четко выраженный симптом Ласега. Рефлексы ахиллов и коленный обеих ног повышены, больной волочит левую ногу и ходит, согнувшись.

Так как имелись основания предположить, что ишиалгия была эмоциогенной, начаты сеансы психотерапии. Легко пришел в состояние гипотаксии. Словесные внушения, которые проводились в этом состоянии, были направлены на устранение симптомов ишиаса. После первого сеанса больной смог слегка выпрямиться, ногу сгибает и разгибает свободно, но в отмеченных выше болевых точках сохранилась легкая болезненность. Рекомендован массаж и вытяжение ноги. На следующий день сообщил,

что ночью, впервые за все время болезни, спал «очень хорошо» и во время сна мог поворачиваться на больной бок. После 2-го сеанса наступило значительное улучшение: боли не беспокоят, восстановилась работоспособность, ставит вопрос о продолжении учебы. После 3-го сеанса отметил, что «уже чувствует себя вполне хорошо», занятия идут успешно, прекрасная работоспособность, «ни поясница, ни нога не беспокоят».

Через месяц сообщил, что здоров и работоспособен. За это время перенес большие волнения в связи с утерей им некоторых важных документов, плохо ел, болела голова, но все же физическое самочувствие было хорошее. Вскоре документы нашлись, после чего он быстро успокоился. Положительный результат психотерапии у данного больного подтверждает правильность предположения о психогенной ишиалгии (наблюдение Е. С. Каткова).

Во всех приведенных выше наблюдениях диагнозы «нейроинфекция», «полифуникулоневралгия», «подострый ишиас» и т. п. оказались несоответствующими действительности. Невропатологи прошли мимо невротической симптоматики (агорафобии, самовнушенный спондилит, общая раздражительность, тревожная мнительност и т. д.), обусловленной перенесенными психическими травмами.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Отечественные психиатры издавна уделяли внимание положительному психическому воздействию на душевнобольных. Большое значение этому в свое время придавал еще С. С. Корсаков (1901), указывая на необходимость повседневной предупредительной заботы о разных мелочах их жизни, о целесообразности бесед с ними и пр. Он ставил также вопрос о применении при некоторых психических заболеваниях гипносуггестивной терапии. Так, в своем «Курсе психиатрии» С. С. Корсаков подчеркивал, что этот метод оказывается иногда полезным при некоторых формах меланхолии. «Мне приходилось видеть случаи,— говорил он,— где во второй половине болезни, выражавшейся в меланхолическом состоянии и резких бредовых идеях, наступало чрезвычайно быстрое исчезновение и бредовых идей и тоски после применения гипнотического лечения». Того же мнения держался и В. М. Бехтерев (1911). Кроме того, как С. С. Корсаков, так и В. М. Бехтерев весьма важное значение придавали успокоению больного, улучшению его настроения и другим мерам психического воздействия врача на больного.

Все это в наши дни получило свою особую значимость в свете учения И. П. Павлова об охранительном режиме, необходимом для слабых корковых клеток психически больного. Как говорит И. П. Павлов, «... уже сознаваемое больным нарушение своих человеческих прав, заключающееся частью в ограничении свободы, частью в естественном и почти неизбежном третировании пациента, как невменяемого»[1], не может не представлять собой «серьезных ударов» по его слабым корковым клеткам.

На ленинградском съезде психоневрологов А. В. Гервер (1925) сообщил об удачном применении им гипносуггестивной терапии при депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза, при инволюционных депрессиях с бредовыми идеями и без них. Повидимому, в этих случаях речь могла итти о психогенных депрессивных состояниях.

Из зарубежных авторов, применявших гипносуггестивную терапию у психически больных, нужно упомянуть Вуазена (Voisin, 1897), Кауфмана (Kauffmann, 1923), Голландера (Hollander, 1923). Последний ле-

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 329.

чил таким методом и больных паранойей. Леви-Суль (Lewy-Shul, 1922) описывает случай, когда путем соответствующего словесного внушения в гипнотическом сне больную гебефренией удалось заставить принимать пищу.

О возможности применения гипносуггестивной терапии у страдающих паранойей высказался в 1924 г. на Ленинградском съезде психоневрологов В. М. Бехтерев. Однако можно полагать, что при бреде у больных истинной паранойей, как и при параноидной форме шизофрении, гипносуггестивная терапия едва ли применима, так как в содержание бреда при паранойе часто входит бредовая идея о «гипнозе» и «гипнотизировании», а потому поддерживать эту идею внушением в гипнотическом сне небезопасно для больного. Иное дело применение психотерапии при реактивных параноидных состояниях. В таких случаях, как показывает опыт, психотерапия во внушенном сне может дать положительные и стойкие результаты.

Как видно из приводимых ниже примеров, при реактивных психозах применение суггестивной терапии во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом может дать даже в амбулаторных условиях достаточно быстрый положительный эффект. На основании наших наблюдений можно утверждать, что эта форма психотерапии может резко укорачивать длительность течения реактивного психотического состояния, а зачастую и сразу купировать его.

Необходимо отметить стойкий и быстро наступающий эффект гипносуггестивной терапии психогенных реактивных депрессий с бредовыми идеями в различном возрасте. Между прочим, следует отметить, что иногда психиатры ставят ошибочный диагноз при развитии депрессивно-тревожного бредового состояния параноидного типа. Так, бывали случаи диагносцирования «пресенильного», «инволюционного», «климактерического» психоза и помещения больных в психиатрическую больницу, в то время как более близкое изучение условий развития этого рода состояний вскрывало их психогенный реактивный характер и предопределяло возможность действительно быстрой и эффективной врачебной помощи в виде суггестивной терапии во внушенном сне.

В некоторых случаях (примеры приводятся ниже) длительное лечение такого рода больных, проводившееся в психиатрической больнице без учета психогенеза заболевания, не давало эффекта, в то время как применение гипносуггестивной терапии с учетом травмировавших психику факторов полностью устраняло весь синдром и приводило к стойкому выздоровлению.

Однако нужно сказать, что применение в психиатрической клинике гипносуггестивной терапии ограничивается, во-первых, негипнабельностью большинства психически больных, а во-вторых, небольшим числом психозов, подлежащих лечению словесным внушением в гипнотическом сне.

Исключение составляют психогенные реактивные психотические состояния, при которых, как упоминалось, гипносуггестивная терапия может продуктивно применяться в амбулаторных, а иногда и в домашних условиях.

Приведем ряд наблюдений.

1. У 35-летней больной наблюдался бред отравления и преследования, а также упорный отказ от еды и от общения с людьми. Зная больную, перенесшую 14 лет назад истерический галлюциноз и бывшую уже тогда под нашим наблюдением, мы применили внушение в гипнотическом сне. Однократный сеанс сразу устранил бредовые идеи одномесячной давности, а беседа с больной выяснила психогенный характер ее состо-

яния. При наличии прежней выраженной эмоциональной лабильности в дальнейшем у больной бредовые идеи не возникали в течение 5-летнего наблюдения. Она была работоспособна, активно вела общественную работу.

2. Больная В., 31 года, доставлена в состоянии тяжелой депрессии и крайнего истощения, вследствие упорного отказа от еды и бессонницы. Больная имела вид глубокой старухи, человека, страдающего какой-то тяжелой болезнью. Заболела 2 месяца назад после смерти единственного 5-летнего сына, во время болезни которого в течение 24 дней не отходила от него ни днем, ни ночью. Волнения, бессонные ночи и постоянная тревога подорвали ее силы; смерть ребенка пережита ею трагически: тяжелая реакция с нарушениями сознания, конвульсиями, криками и т. п. В таком состоянии находилась 3 суток. При похоронах также наблюдалось психическое состояние, дезориентировка, а после возвращения с кладбища находилась в постели 4 суток в связи с ослаблением сердечной деятельности, с явлениями удушья и цианоза конечностей. В дальнейшем «была невменяема, имели место частые приступы дезориентировки». Ежедневно посещала кладбище; не доходя до него, с криком падала на землю, рыла ее руками; и так изо дня в день. Отказ от еды, пища, вводимая насильно, не проходила (повидимому, из-за спазма глотки или пищевода). Упорная бессонница, нарастающая слабость, упорные суицидальные мысли и попытки. Врачебный и домашний уход не достигали цели, тяжелое психотическое состояние прогрессировало, вследствие чего поставлен вопрос о стационировании в психиатрическую больницу.

На приеме удалось установить с больной контакт и путем словесного внушения привести ее в дремотное состояние. Помимо общего успокоения, внушалось спокойное отношение к смерти сына, хороший ночной сон, аппетит, пробуждение интереса к жизни. После сеанса больная получила 40-минутный внушенный сон-отдых.

Больная проснулась в резко изменившемся состоянии: прояснился взгляд, появилась бодрая осанка, лицо оживилось. После выхода из поликлиники спокойно реагировала на встречи на улице с детьми. Когда пришла в номер гостиницы, впервые почувствовала тяготение к пище и съела с видимым удовольствием завтрак. «Отпала какая-то тяжесть, исчез какой-то туман»,— говорила больная, придя на следующий день. О ребенке говорила уже спокойно, ночью спала хорошо, смогла сама рассказать о пережитом. Было проведено еще пять сеансов (через день), после чего уехала в свой город в хорошем состоянии. Демонстрировалась на лекции врачам Института усовершенствования врачей. Через месяц сообщила о своем хорошем самочувствии: совершенно успокоилась. Наш диагноз: глубокое депрессивное невротическое состояние, возникшее вследствие тяжелой психической травмы (наблюдение В. О. Шер).

3. Больной К., 53 лет, приведен с направлением в психиатрическую больницу. Высказывает бредовые идеи: за ним «следят», его «хотят опутать», ночью у него якобы делали обыск, его должны арестовать, его уже опутали, он преступник, ему «теперь лучше не жить» и т. п. Неработоспособен, ест очень плохо, ночью не спит. Такое состояние длится с неделю.

Наследственность: у бабки был психоз, у сестры — депрессивное состояние с суицидальной попыткой. До заболевания был спокойный, мягкий, уступчивый, доброжелательный, всегда был тревожно-мнителен. Объективно: значительная глухота, плотность радиальных и темпоральных сосудов; сухожильные рефлексы живые, зрачки равномерны с сохранившейся относительно живой реакцией.

Непосредственная причина заболевания (со слов жены): за несколько недель до заболевания на заводе, где он работал бригадиром, был аре-

стован монтер из его бригады, которого подозревали в присвоении частей электроаппаратуры. Это подействовало на больного угнетающе. Состояние угнетения нарастало, несмотря на то, что была выяснена ошибочность ареста и подозреваемый был вскоре освобожден. С того времени больной тревожно спал, появились опасения, что его арестуют, стал раздражителен, неработоспособен.

Нами проведена успокоительная и разъяснительная беседа с соответствующим внушением в дремотном состоянии, с последующим получасовым внушением сном-отдыхом. После сеанса наступило значительное улучшение: больной стал спокойнее, хорошо поел, мог беседовать на отвлеченные темы, ночью спал хорошо, проспав 10 часов подряд. После 2-го сеанса снова спал всю ночь. Но на следующий день вновь возникло тревожно-угнетенное состояние и мысли об аресте. Однако чувствовал себя уже спокойнее и не считал себя преступником. После 3-го сеанса по собственной инициативе работал в своем саду. Всего проведено пять сеансов гипносуггестивной терапии. Сон восстановился, поведение правильное, прежних высказываний нет. Явления, дававшие повод думать о пресенильном психозе, изчезли и больше не наблюдались. После выздоровления пошел на работу на тот же завод, где работает и в настоящее время (7-й год).

Таким образом, у данного больного был получен стойкий положительный эффект. Следует отметить, что больной наследственно отягощен, притом с явно выраженными признаками артериосклероза (плотность артерий, снижение слуха, повышение сухожильных рефлексов).

Диагноз: депрессивное невротическое состояние с бредоподобными навязчивыми представлениями (слабый общий тип нервной системы).

4. Больной С., 44 лет, обратился в диспансер Украинского психоневрологического института в 1928 г. с жалобами на то, что с 1918 г. стал чрезмерно раздражителен, нарушился сон, постепенно развились разного рода фобии, стойкие и сменяющиеся: боязнь то трамвая, то определенных улиц, периодами боязнь жены, детей, боязнь учащихся — слушателей его лекций. Иногда уходил из аудитории, не закончив лекции, так как ему казалось, что «вся аудитория набросится на него и студенты его убьют». Вследствие этого «жизнь стала невыносимой», появилась тоска, безотчетный страх, резко упала работоспособность, за четыре месяца до обращения в диспансер был вынужден совершенно прекратить чтение лекций.

Спит 2—3 часа в сутки, последние ночи провел в слезах, «стремясь покончить собой», так как ему «не хочется жить».

С помощью углубленной анамнестической беседы выявлен комплекс тяжелых переживаний. Проведено пять сеансов разъяснительного и успокаивающего внушения в дремотном состоянии, поставивших больного на ноги и возвративших его к жизни. Явившись на 3-й сеанс, больной заявил: «Что вы со мной сделали? Я совершенно здоров! Я стал прежним: хожу спокойно по улицам, сегодня решился читать лекцию без всяких волнений. Я стал таким, каким был 10 лет тому назад». Впоследствии был совершенно здоров и продолжал свою деятельность (наблюдение Р. Я. Шлифер).

Спустя 22 года, в 1950 г., в возрасте 66 лет, вновь обратился в диспансер на этот раз с жалобами на «неотступно преследующий его образ соседки по квартире», навязчивые мысли о ней как о существе, которое «влияет своей силой» на него, на чувство «скованности чарами» этой женщины, тревожно-боязливое настроение, неспособность на чем-либо сосредоточиться, непродуктивность в работе, бессонницу, тяжесть в груди, сжимающие боли в области сердца. На приеме тревожно суетлив, ра-

стерян, из-за чрезвычайно быстрых переходов от одной незаконченной темы к другой с трудом улавливается смысл речи, в силу чего создается впечатление разорванности ассоциативного процесса. Заболел, по его словам, 2 месяца назад из-за психической травмы (обман и ограбление соседкой). После проведенного 22 года назад лечения был адэкватен, с жизненными трудностями справлялся. Так, ряд лет ему пришлось провести вдали от дома, живя в горах, где он усердно зарисовывал особенности горного пейзажа, проявляя исключительную любовь к природе, стойко перенося всякие трудности. По его словам, всю жизнь был мало общителен, недоверчив, в обществе неловок, суетлив, в жизни непрактичен, но очень трудолюбив. Вне своей специальности «ничем не интересуется».

Проведено 3 сеанса гипносуггестивной терапии, внушалось успокоение и выздоравливание. После 1-го сеанса почувствовал значительное облегчение, а после 3-го полностью исчезли боли и неприятные ощущения в груди, тревога, навязчивые мысли и представления, появился сон, восстановилась работоспособность. В течение ряда последующих месяцев состояние больного было хорошее, работоспособность восстановилась (см. стр. 240, пример 3).

Наш диагноз: навязчивый невроз параноидного типа. Больной, повидимому, относился к сильному варианту слабого общего типа и частному художественному (наблюдение М. И. Кашпур).

Приводим случай реактивного параноидного состояния, развившегося по физиологическому механизму сомовнушения.

5. Больная А., 37 лет, предъявляет жалобы на нарастающее общее недомогание, на ощущение «чего-то неопределенного и неприятного внутри организма, главным образом в брюшной полости», иногда чувство сжимания в горле, тревожность, внутреннее беспокойство, наклонность к слезам, бессонницу, «потерю радости жизни», неработоспособность, отсутствие аппетита, боязнь есть, боязнь находиться у себя дома, желание уйти на улицу и бродить, а вместе с тем неспособность сделать все это из-за «чувства бессилия». Высказывает убеждение в том, что от ее платья, от предметов и воздуха ее квартиры «что-то исходит» и на нее «действует отравляюще», что ее муж «распыляет что-то ядовитое», что он имеет намерение «медленно убивать ее». Однако «теперь, когда уже поздно», когда она стала неизлечима, он внешне стал хорошо к ней относиться и заботиться о ней, хотя и «распыляет яд». К своему единственному маленькому ребенку испытывает чувство жалости, но обеспечить уход за ним «неспособна».

Больная тучная. В соматическом и неврологическом статусе особых уклонений не отмечается. Замкнута, к врачу приведена мужем почти силой, все жалобы и данные анамнеза удалось получить от больной только после нескольких многочасовых бесед. Анамнез больной сводится к следующему: до болезни была уверенной в себе, активной, волевой, очень любила свою работу, ежегодно предпринимала путешествия по горам, отыскивая редкие экземпляры растений для своей научной работы. В этих путешествиях легко переносила трудности и лишения. Столь же охотно занималась преподавательской работой. К мужу была привязана, но считала себя выше и достойнее его, была убеждена в том, что «своим браком осчастливила его». Полтора года назад ее приятельница «раскрыла глаза» ей на истинное положение дела: оказалось, что ее муж на протяжении 10-летней супружеской жизни продолжает интимную связь с женщиной, с которой был близок до женитьбы. Ревность, сцены признания мужа, его раскаяния и уверения в любви вызвали тяжелые переживания. Через месяц полностью успокоилась: «все было забыто», была равнодушна

к той женщине. Однако через год совершенно случайно узнала о продолжающейся связи своего мужа с той же самой женщиной, причем «поняла его жалкое положение, его зависимость от этой женщины и его безволие». Это произошло перед обедом, узнав об этом, почувствовала себя «словно прибитой», села за стол «почти машинально», но после первого же глотка почувствовала какое-то стеснение в груди, что-то неприятное в животе, и возникла мысль: «отравилась!». Почувствовала общее недомогание, появился страх: «муж отравляет, чтобы избавиться». Такое состояние в дальнейшем продолжалось, было постоянным и поддерживалось «жалким видом мужа» и тем, что соперница жила в одном доме с ней. На этот раз больная замкнулась в себя, не устраивала сцен, была, по ее словам, как бы скована физически и душевно.

На протяжении месяца была в диспансере 12 раз. С ней проводились длительные анамнестические беседы, сеансы гипносуггестивной терапии. Разъяснительные беседы успокаивали больную и она их особенно ценила, считая это «основным лечебным средством». Глубокого сна не было, была легкая дремота; глубоко засыпала только в последние два сеанса. Через месяц стала работоспособной, исчезла тревожность, сгладилось недоброжелательное отношение к мужу. Почувствовала себя здоровой, бодрой, исчезло недомогание, к мыслям об отравлении относилась критически. Через 2 года после лечения в связи с неприятностями по службе недомогание повторилось. Больная снова подверглась лечению и после одной беседы с последующим внушенным сном-отдыхом все явления прошли, стала чувствовать себя хорошо, была полностью работоспособна. В настоящее время здорова, работает на прежней работе. Диагноз: реактивный параноид (наблюдение М. И. Кашпур).

6. Больная Г., 28 лет, жалуется на тревожно-угнетенное состояние, отказ от еды, параноидные идеи: ее хотят отравить, убить, в связи с чем развилась боязнь выходить на улицу, тревожный сон. Больна 2 месяца после аппендэктомии, сделанной под местной анестезией. Во время операции почувствовала боль, причем возник острый испуг. В последующие дни было возбужденное состояние, галлюцинации, которые постепенно исчезли. Однако указанные выше параноидные явления длительно сохранялись. Лечилась безрезультатно 2 месяца. Отношение к своему состоянию критическое. Просит избавить от тоски, слез и страхов, тревога за жизнь. Потеряла надежду на выздоровление.

Применена гипносуггестивная терапия. После первого сеанса мотивированного внушения, проведенного в дремотном состоянии, последовало резкое улучшение, а после второго — исчез весь симптомокомплекс: «сделалась такой, какой была до операции». Демонстрировалась в психотерапевтической секции Харьковского медицинского общества. Была под наблюдением 3 недели. Через 3 года привозила свою дочь в диспансер по поводу заикания. Все время чувствовала себя хорошо (наблюдение Н. М. Зеленского).

Таким образом, мы видим, что своевременное вскрытие психогенеза психотических синдромов не только полезно для скорейшего излечения, но служит также ценным вспомогательным диференциально-диагностическим приемом. Все сказанное говорит о том, что психотерапия должна получить в психиатрической клинике свое признание и применение, поскольку в ряде случаев она дает необходимый терапевтический эффект. Во всяком случае некоторые психотические состояния, особенно реактивные, несомненно, должны стать объектом психотерапии.

Интересными и существенно важными являются наблюдения М. М. Перельмутера (1949), посвященные вопросу о применении словесного внушения в психиатрической клинике в условиях наркотического

(гексеналового) сна, который использовался им для целей симптоматической терапии ряда психически больных.

Так, в условиях гексеналового сна больному шизофренией, обычно спавшему на полу и не уступавшему никаким убеждениям, делалось внушение: «спать в постели!». Больному, который отказывался от еды и которого кормили через зонд, внушалось есть самостоятельно. Бездеятельным, вялым больным внушалось желание работать, читать и т. д., а неопрятным — изменить свое поведение и т. п.

Такие внушения делались не только в императивной форме, но сопровождались элементами разъяснительной психотерапии. Так, внушалось, что на полу спать грязно, холодно и т. д. Таким путем у ряда больных шизофренией наступило временное, более или менее длительное улучшение: двое больных стали опрятными; те, которых кормили через зонд, начали есть самостоятельно; спавшие на полу, стали спать на кровати. Двое больных были выписаны в состоянии значительного улучшения. У всех диагносцирована шизофрения. У больной с циркулярным психозом была отмечена почти полная ликвидация маниакального состояния.

Имеются основания полагать, что при определенных условиях использование наркотического сна для проведения сеансов психотерапии того или иного вида может найти в психиатрической клинике важное применение. Однако оно требует еще специального изучения. Повидимому, это может оказаться полезным в тех случаях, когда у определенной категории психически больных обычный внушенный сон или же сон условнорефлекторный не может быть вызван.

В последнее время психотерапия применяется в психиатрической клинике И. Я. Завилянским (1953) в качестве вспомогательного симптоматического приема в форме разъяснительных бесед, успокоения и пр. Обычно она используется с целью стимулирования активности больных шизофренией, создания у них новых жизненных интересов и т. д. По данным автора, такого рода беседы оказываются особенно полезными в периоде выздоровления психически больного, а при шизофрении — в периоде ремиссии (наблюдения М. И. Кашпур). В справедливости этих указаний приходилось убеждаться и нам на опыте работы диспансера Украинского психоневрологического института.

Считаем необходимым отдельно остановиться на вопросе о психотерапии наркоманов, и в первую очередь страдающих алкоголизмом, у которых психотерапия при всех формах лечения занимает существенное место. Страдающие алкоголизмом, как и другие наркоманы (морфинисты, кокаинисты и др.), издавна являются объектами внимания психиатров. Борьба со злоупотреблением спиртными напитками всегда была предметом заботы органов здравоохранения. В нашем отечестве борьба с этим наследием дореволюционной России шла столь успешно, что уже к концу 30-х годов возникла возможность сократить число наркодиспансеров.

Тем не менее случаи алкоголизма, требующие врачебного вмешательства, еще встречаются. Мы имеем в виду ту группу страдающих алкоголизмом, которой лечебная помощь может быть оказана именно в амбулаторных условиях.

Как известно, при лечении этой группы страдающих алкоголизмом основным является метод словесного внушения, проводимого в фазовом состоянии коры мозга. Основоположником широкого применения этого метода был В. М. Бехтерев, при клинике которого в 1901 г. была открыта специальная амбулатория для страдающих алкоголизмом. Эффективность амбулаторного лечения оказалась столь значительной, что в 1903 г. по инициативе В. М. Бехтерева в Петербурге была создана сеть таких амбулаторий. Для лечения больных хроническим алкоголизмом В. М. Бех-

терев рекомендовал применять: 1) убеждение, 2) словесное внушение во внушенном сне и 3) самоутверждение и самовнушение (триада Бехтерева). И. И. Николаева (1941) отмечает полученный ею успех при применении этой «триады» как при индивидуальной психотерапии, так и при групповой, также предложенной В. М. Бехтеревым (1927), но при условии, чтобы сеансы проводились ежедневно, без перерывов.

В связи с этим следует вспомнить незаслуженно забытую методику А. А. Токарского (1891) при лечении алкоголизма: он советует не терять связи с больным по крайней мере в течение года, причем, начав лечение, первые два сеанса проводить ежедневно, затем через 3—4 дня, затем через неделю, через 2 недели, через месяц, через 2 месяца, через 3 месяца и, наконец, через 4 месяца.

Нужно сказать, что авторов интересовала главным образом та форма алкоголизма, при которой можно с тем или иным успехом применять словесное внушение. Исследования А. Л. Мендельсона (1910), проведенные в петербургских амбулаториях у огромного количества страдающих алкоголизмом (900 человек), показали, что лечение алкоголизма словесным внушением было неприменимо лишь в отношении тех, кто явно страдал психическим расстройством. Дипсоманы же в известных случаях также поддаются лечению. При этом наибольший успех был отмечен при так называемом ложном запое, т. е. запое, возникающем уже под влиянием приема первой, хотя бы небольшой порции алкоголя. В общем положительный эффект наблюдался у 62%.

Работа, проведенная в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института нашими сотрудниками Н. Л. Утевским с Ф. Б. Цейкинской (1930), свидетельствует о таком же успехе: положительный результат (больные совсем не употребляли алкоголь от нескольких месяцев и в меньшинстве случаев — до нескольких лет) наблюдался у 118 из 149 больных, причем возникавшие нередко срывы прекращались повторными двумя-тремя сеансами психотерапии. Основным условием успеха было твердое желание самого больного избавиться от своего пагубного влечения.

Опыт В. М. Бехтерева по гипносуггестивному лечению страдающих алкоголизмом широко использован и другими нашими сотрудниками — П. П. Истоминым, В. Д. Трутнем, Н. Л. Утевским, Р. Я. Шлифер. С 1925 по 1931 г. они успешно лечили групповым методом до 1600 страдающих алкоголизмом преимущественно хроническим. Положительный эффект был отмечен у 85% больных, большей частью находившихся под наблюдением на протяжении 5—8 лет.

Как показывает наш опыт, успеху лечения чрезвычайно способствует чтение больными научно-популярной литературы о вреде алкоголизма, а особенно с примерами излечения. Благодаря этому словесные внушения в значительной мере подкрепляются и усиливаются.

Все это свидетельствует, что амбулаторная помощь, оказываемая страдающим алкоголизмом, вполне реальна. Нам не раз приходилось убеждаться в том, что не у всех врачей существует правильный взгляд на амбулаторное лечение страдающего алкоголизмом словесным внушением.

Приводимые ниже наши наблюдения показывают, каковы могут быть результаты при гипносуггестивной терапии.

1. Больной Ш., 42 лет, доставлен в амбулаторию в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов жены удалось выяснить, что ее муж на почве алкоголизма «пытался сегодня покончить самоубийством, но был случайно замечен соседями и снят с петли». От больного мы узнали, что он страдает алкоголизмом 22 года, причем пьет запоем по 2—3 недели. Светлые промежутки бывают в течение нескольких дней, а иногда на протяжении

2 месяцев. Больной крайне раздражителен, плохо ест, спит и совершенно потерял трудоспособность. В результате трех сеансов гипносуггестивной терапии влечение к алкоголю постепенно ослабело и, наконец, к 5-му сеансу совершенно исчезло. Параллельно с этим восстановился сон, аппетит, возвратилось хорошее настроение и трудоспособность. Через 6 месяцев явился на прием и сообщил следующее: «Чувствую себя прекрасно, успеваю в работе, о спиртых напитках и не думаю, как будто никогда и не знал. Запах алкоголя не только мне неприятен, но вызывает у меня тошноту и рвоту». Таким образом, после пяти сеансов психотерапии он чувствует себя хорошо. Положительный катамнез 10 лет.

2. Больной П., 44 лет, обратился в диспансер с жалобами на пагубное влечение к спиртным напиткам, сильную раздражительность, частое угнетенное состояние, плохой сон и аппетит и резкое понижение трудоспособности. Считает себя больным 10 лет, причем в первые два года пил умеренно и не часто, а затем, поступив на службу на пивоваренный завод, стал злоупотреблять алкоголем. В течение последних 2—3 лет пьет запоем 2—3 дня, с перерывами от одной до двух недель. Отец больного страдал алкоголизмом.

Проведено 10 сеансов внушения в гипнотическом сне. Первый же сеанс гипносуггестивной терапии прервал влечение больного к алкоголю, одновременно восстановилось хорошее настроение, аппетит и сон стали нормальными. Спустя 2 недели после начала лечения полностью восстановилась трудоспособность. Больной находился под наблюдением в течение $1^1/_2$ лет, ежемесячно посещая диспансер. Он чувствовал себя хорошо, несмотря на то, что продолжал оставаться на прежней работе.

3. Больной Х., 55 лет, обратился к нам с жалобами на ложную дипсоманию: прием первой рюмки алкоголя приводит к запою на 3—5 дней. Легко поддается соблазну, поэтому запои нередки.

Следует отметить, что первый период алкоголизма у него был с 1918 по 1928 г., когда он выпивал почти ежедневно до 0,5 л водки. После лечения (12 сеансов гипносуггестивной терапии) был здоров в течение 13 лет, т. е. до 1941 г.

Начал злоупотреблять спиртными напитками с 1941 г. (ежедневно по 300—400 г водки). Когда был мобилизован на фронт, алкоголь употреблял мало. После возвращения с фронта в 1945 г.— снова запои.

Проведено 20 сеансов гипносуггестивной терапии, после чего освободился от влечения к алкоголю, причем не употреблял спиртных напитков, несмотря на тяжелые переживания (смерть сына, а затем жены).

Иногда в случае тяжелого и длительного алкоголизма возможно радикальное излечение, о чем говорят многие наши наблюдения. Контрастным является случай, происшедший с двумя из наших больных, иллюстрирующий ошибочный врачебный подход к страдающим алкоголизмом.

4. Больной Х., 35 лет, употребляет спиртные напитки в течение 10 лет почти ежедневно, сначала в силу соблазна, а последние годы по собственному влечению. Лечился в электроводолечебнице ваннами и инъекциями стрихнина. Пока лечился, алкоголь не употреблял, но через день после окончания лечения снова возникло влечение к спиртным напиткам. Однажды с целью «полечиться гипнозом» обратился к психиатру, который, по словам больного, отказался лечить внушением и посоветовал ему обтираться водой и применить другие процедуры. Тем не менее по примеру своего товарища, который вылечился именно словесным внушением, обратился к нам.

Получил 10 сеансов гипносуггестивной терапии, причем перестал злоупотреблять спиртными напитками уже после 3-го сеанса. В течение

6 лет к спиртным напиткам безразличен, в обществе пьющих участия не принимает, и как это наблюдается у некоторых, «других угощает, но сам не пьет».

5. Больной В., 42 лет, жалуется, что после малейшего нервного расстройства предается запою в течение 7—8 дней, вплоть до продажи вещей и даже своего нательного белья. В октябре 1945 г. обратился в диспансер «для спасения гипнозом». Врач отказался лечить, заявив, что «никакой гипноз не поможет, так как это не болезнь, а распущенность». Это его чрезвычайно огорчило, и он употреблял алкоголь в течение 10 дней. В ноябре обратился к нам. Было проведено 12 сеансов гипносуггестивной терапии, после чего перестал злоупотреблять спиртными напитками. В течение 3 лет наблюдения спиртных напитков не употребляет.

Успех психотерапии при лечении алкоголизма обычно весьма значителен. Однако влечение к алкоголю у некоторых больных бывает настолько прочным, что воздействие одними раздражителями второй сигнальной системы оказывается безрезультатным. Тем не менее и в этих случаях возникшие в коре мозга алкоголика условнорефлекторные связи на «алкогольную ситуацию» могут ослабляться, как это показали систематические исследования И. В. Стрельчука (1951а), но с помощью другого способа — путем образования отрицательной условной противоалкогольной реакции. Речь идет о присоединении к словесному раздражителю раздражителей первой сигнальной системы в виде рвотных средств (как в бодрствующем состоянии, так и особенно во внушенном сне). И. В. Стрельчук подчеркивает, что разрыв этой связи при помощи слова совершается гораздо легче во внушенном сне. В бодрствующем состоянии все то, что прочно ассоциировано с алкогольными напитками, в условиях внушенного сна заторможено. Вследствие этого в гипнотическом сне легче образуются новые отрицательные связи в отношении употребления спиртных напитков. Автором подчеркнуто положительное значение продленного внушенного сна (до 15—16, а иногда и до 22 часов в сутки). Он правильно утверждает, что методы лечения страдающих алкоголизмом находятся на верном пути и дают врачам возможность «не быть пассивными зрителями, наблюдающими, как алкоголик, часто в расцвете сил, гибнет от своей болезни», а врач бессилен помочь ему в той или иной степени.

К сожалению, у большинства врачей до сих пор существует ошибочное мнение, что «алкоголизм есть не болезнь, а распущенность». Очевидно, им неизвестны следующие слова В. М. Бехтерева (1911): «по личному опыту я могу утверждать, что внушения в гипнозе действуют крайне благоприятно на различные, приобретенные в силу привычки... б о л е з н е н н ы е в л е ч е н и я (разрядка наша.— *К. П.*), как-то: пьянство, морфинизм и все вообще наркомании». Мы можем добавить, что врачи-психотерапевты, действительно, нередко являются свидетелями огромного удовлетворения, которое испытывают такого рода больные после выздоровления.

Что касается гипносуггестивной терапии м о р ф и н и с т о в, то нужно сказать, что здесь дело обстоит значительно сложнее. Тем не менее некоторые больные этой категории могут получить необходимую помощь даже в амбулаторных условиях, как это показали наблюдения П. П. Истомина (1930) в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института. Этот опыт показал, что некоторую категорию морфинистов можно успешно лечить вне психиатрических больниц и что гипносуггестивная терапия является в этом случае ценным вспомогательным лечебным фактором. Так, лечение 15 больных (из 17), независимо от длительности морфинизма, было проведено сравнительно быстро, причем у 5 больных не было рецидивов в течение 2 лет.

1. Больной 31 года, врач для борьбы с бессонницей применял инъекции морфина в течение $1^1/_2$ лет, причем в последнем полугодии принимал до 1 г морфина в сутки. Он предпринял несколько попыток самостоятельно прекратить инъекции, но эти попытки оказались безрезультатными, сопровождались мучительными абстинентными явлениями: раздражительностью, общей слабостью, дисфункций желудочно-кишечного тракта, слуховыми, а иногда и зрительными галлюцинациями. В последнее время мрачен и замкнут и, по словам жены, высказывает подозрение «в недоброжелательном отношении к нему со стороны окружающих». После двух последних неудачных попыток прекратить инъекции морфина пытался покончить с собой. Больной отказался от лечения в психиатрической больнице и настойчиво стремился к амбулаторному лечению внушением. Поскольку была возможность строгого контроля за больным, мы приступили к психотерапии в амбулаторных условиях.

В первый день лечения настроение больного подавленное, слезотечение, чихание, урчание в животе, пульс 86 ударов в минуту, лицо и руки покрыты пóтом. После продолжительной беседы, вводящей в «курс лечения», больной усыплен с помощью словесного внушения. Заснул через 3—4 минуты, причем слезы и чихание тотчас же прекратились, а минут через 10 стихло и урчание в животе, пульс 82 удара в минуту. Внушалось, что он «может быть здоровым», что «морфин ему ненавистен» и он «может его оставить, чтобы больше никогда к нему не возвращаться!». И, наконец, что он «будет принимать только те дозы морфина, какие будут указаны врачом». После этого больному был внушен сон-отдых в течение 20 минут. Перед пробуждением внушено «непреодолимое отвращение к морфину», «полное отсутствие абстинентных явлений». Когда больной проснулся, он был крайне поражен, что беспокоившие его симптомы абстиненции сразу исчезли, чего раньше без приема морфина никогда не было. После первого сеанса наблюдался большой сдвиг в настроении больного. Он отдал своей жене все иглы, шприцы, запасы морфина, врачебную печать и все деньги. Абстинентные явления возобновились через $2^1/_2$—3 часа. Согласно инструкции ввел дозу морфина в 0,8 г (4 раза по 0,2 г), причем разницы с предыдущей дозой не почувствовал, ночь спал спокойно.

Во время 2-го сеанса (на следующий день) внушалось: «Нерезкие абстинентные явления будут, так как морфин должен выделяться из организма пищеварительным трактом и прочими органами, к этому вы относитесь сознательно, подавление этих неприятных ощущений послужит упражнением для вашей воли». И далее: «Каждый сниженный дециграмм морфина укрепляет ваше тело и вселяет бодрость и хорошее самочувствие; для вас нет недостижимых целей, вы будете здоровы!». После 20 минут сна-отдыха больной пробужден. После этого за сутки введено подкожно, согласно инструкции, 4 раза по 0,15 г морфина, всего 0,6 г. Спал хорошо, абстинентные явления возникли лишь перед приходом в диспансер, проявляясь в виде незначительного слезотечения, влажности всего тела, чихания и недомогания. С началом 3-го сеанса они тотчас же исчезли. На следующие сутки назначена доза 0,4 г. На 4-й сеанс больной явился с бодрым видом, довольный тем, что «выдержал дозу и не почувствовал разницы в действии с предыдущими» и что «к морфину не тянет». Внушалось «индиферентное отношение ко времени инъекции, физическая бодрость, спокойный сон и непреодолимое влечение следовать инструкции в отношении принимаемой дозы».

Через день после 4-го проведен 5-й сеанс. Первую ночь после сеанса спал хорошо, вторую, когда не было сеанса, хуже: беспокоила боль в животе и расстройство желудочно-кишечного тракта. Все эти расстрой-

ства больной объяснял тем, что накануне не было сеанса Назначенную дозу в 0,1 г выдержал в точности. После 6-го сеанса отметил «прекрасное самочувствие», причем потливость и слезотечение прекратились. Назначена доза 0,06 г. Ко всем абстинентным явлениям относится спокойно: «пусть выделяется морфин». Дозу выдержал, заявил, что желает скорее закончить лечение, так как «все манипуляции со шприцем крайне неприятны» и что инъекции якобы делает «только по необходимости, скорее с отвращением, чего раньше не было». Последующие пять сеансов прошли с тем же успехом, дальнейшее уменьшение дозы выдержал, к морфину и манипуляциям со шприцем отнесся индиферентно. Последний сеанс прошел в условиях внушенного сна-отдыха продолжительностью 50 минут. Во время следующего, 12-го, сеанса внушалось: «Дальнейших инъекций морфина уже не требуется, вы испытываете полное моральное удовлетворение по поводу окончания лечения, чувствуете физическую бодрость и полное отвращение к морфину навсегда». Перед началом 13-го сеанса больной заявил, что «чувствует себя совсем другим человеком» и имеет желание «скорее вернуться к работе и найти в ней полное моральное удовлетворение, несмотря на все жизненные невзгоды». К 16-му дню после начала лечения вид больного резко изменился: кожа светло-розовая, зрачки нормальной ширины, прибавил в весе 1 кг. При словесном внушении указывалось, что «в дальнейшем больной сам может разумно руководить своим поведением». Во время сеанса, проведенного на 17-й день, еще раз подчеркнуто, что «в деле лечения сам больной принимал активное участие». Больной был под наблюдением в течение 2 лет, не было ни одного рецидива.

Как мы видели, попытка оставить морфин самому больному, без внушений, не удавалась. Словесное внушение сыграло здесь весьма важную организующую роль и явилось фактором, способствующим смягчению и прекращению абстинентных явлений (наблюдение П. П. Истомина).

2. Больная И., 42 лет, акушерка. Морфин начала принимать из-за развившихся после тифа болей в конечностях, максимальная доза 0,5 г в сутки, принимает около 2 лет. Работоспособность понижена, быстрая утомляемость, подавленность, временами доходящая до резкой апатии, и замкнутость. Неуверенность в себе, а иногда, особенно к вечеру, неопределенный страх. В случае воздержания от морфина возникают саливация, желудочно-кишечные расстройства и боли в ногах и руках.

В психиатрическую больницу лечь не пожелала. Лечение внушением в гипнотическом сне проводилось по тому же типу, что и в первом случае. Снижение дозы до нуля было достигнуто за 5 дней, причем все абстинентные расстройства исчезали во время сеанса при соответствующем словесном внушении, возобновляясь через 5—8 часов. Через 4 дня после начала лечения все расстройства прекратились. Через 20 дней, после демонстрации на конференции в нервной клинике и курса электро-гидротерапии, больная отпущена домой. Мы ее видели через $1^1/_2$ года в прекрасном состоянии; рецидива не было.

3. Больная Г., 56 лет, морфинистка. Начала принимать морфин 2 года назад с небольших доз в порошках от простудного кашля, достигнув дозы 0,3—0,4 г в сутки. Последствия таких доз сказались уже через полгода: больная крайне ослабела и похудела, лишилась сна и аппетита, не может ничем заняться, так как трудно сосредоточить на чем-нибудь мысли. Была с успехом проведена психотерапия. Через 9 дней после окончания лечения демонстрировалась на конференции пропедевтической нервной клиники. Положительный катамнез $2^1/_2$ года.

4. Больная Г., 26 лет, начала принимать морфин около 5 лет назад в связи с тяжелыми приступами бронхиальной астмы. Признаки заболевания начались лет с 15—16, сначала астма возникала только при простуде, затем и от дурных запахов, позже — от волнений. Лечилась в Севастополе в Институте физических методов лечения и в Ленинграде (рентгенотерапия). Морфин, мгновенно прекращавший приступы астмы и предупреждавший их, сначала принимала на ночь. Последние $1^1/_2$ года вводила в течение суток под кожу 0,5 г. Во время лечения доза морфина постепенно уменьшалась при каждой инъекции. Кроме легкой потливости, поносов и общей слабости, никаких других абстинентных расстройств не было, так же как не возникало и ни одного приступа астмы. На 14-й день лечения дача морфина была прекращена. На сеансах психотерапии внушалось не только отвращение к морфину, но и прекращение болезненной чувствительности к дурным запахам и уверенность в выздоровлении от астмы. За весь период лечения был только один непродолжительный приступ астмы. В дальнейшем больная провела в Крыму все лето, приступов астмы не было, осенью забеременела (шестая беременность; до этого беременность искусственно прерывалась 5 раз), родила здорового доношенного ребенка. В последующее время приступы астмы легко обрывались курением абиссинского порошка, что раньше, до лечения, не удавалось.

Нам кажется, что данные гипносуггестивной терапии наркоманов должны быть приняты во внимание. Они могут расширить круг применения психотерапии во внушенном сне, а особенно при последующих продолжительных сеансах внушенного сна-отдыха. Вне сомнения, что не только длительный внушенный сон, но и сон фармакологический в сочетании со словесным внушением могут в значительной мере облегчать проведение лечения наркоманов как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

В заключение нужно сказать, что лечение кокаиноманов осуществляется значительно быстрее, легче и радикальнее. Так, у наблюдавшихся нами 3 больных со зрительными галлюцинациями весь синдром был устранен: у одного мужчины после трех, и у двух женщин после пяти сеансов гипносуггестивной терапии.

Таким образом, психотерапия должна рассматриваться как одно из основных средств лечения наркоманий в тех стадиях, когда еще не наступила деградация.

ВНУТРЕННИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Нужно признать, что психогенные заболевания встречаются часто и в клинике внутренних болезней. Выдающиеся представители отечественной медицины — В. А. Манассеин, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, В. Ф. Снегирев — первыми подчеркнули роль и значение психического фактора в заболеваниях внутренних органов, а вместе с тем и необходимость соответствующего психического лечения.

Кортико-висцеральная теория ряда заболеваний внутренних органов и систем, разработанная на основе учения И. П. Павлова К. М. Быковым и его сотрудниками, подтверждается большим числом психотерапевтических наблюдений. Поэтому возникает необходимость вскрыть травмировавшие психику факторы, лежащие в основе некоторых соматических заболеваний и применить соответствующую патогенетически направленную психотерапию.

Кроме того, следует подчеркнуть, что психотерапия прямо показана при всех соматических заболеваниях как вспомогательный

п р и е м врачебного воздействия. Она имеет целью содействовать повышению защитных сил организма больного и тонизировать через кору мозга функции его вегетативно-эндокринной системы. Таким путем мы можем способствовать ослаблению или устранению болей и другой патологической симптоматики (нарушения сна, аппетита и пр.). В ряде случаев соматическое заболевание уже само по себе травмирует психику больного, что влечет за собой снижение положительного коркового тонуса, а потому прямым образом препятствует успеху борьбы организма с возникшей патологией.

В задачу психотерапии входит не только устранение неблагоприятного влияния травмировавших психику факторов, но и восстановление нарушенной корковой динамики. Таким образом, словесное воздействие является весьма важным фактором терапии, значение которого соматологи не в праве игнорировать.

Это тем более важно, что травмировавшие психику факторы, вызвавшие дисфункцию внутренних органов и систем, нередко соматологами совершенно не учитываются. В неясных по этиологии и патогенезу случаях врачи обычно диагносцируют «невроз» какого-либо органа или же «вегетоневроз» — понятия, остающиеся для них совершенно не расшифрованными. Обычно в эти понятия вкладываются представления о первичном заболевании вегетативной нервной системы или же о функциональном наслоении при каком-либо патологическом органическом синдроме. Отсюда неизбежно вытекают не только ошибочные диагнозы, но и неправильное лечение.

Нужно сказать, что литература по этому важному вопросу весьма ограничена. К наиболее ранним относится наблюдение С. П. Боткина (1874), отметившего связь между деятельностью больших полушарий головного мозга больного и размерами селезенки, меняющимися под влиянием психического возбуждения, астенической эмоции (испуг) и пр. Им же (1881) описана связь сердечной деятельности больного с его эмоциональным состоянием.

Из психоневрологов эти вопросы изучали главным образом А. И. Булавинцев (1903), В. М. Бехтерев (1906), а позднее В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева (1937), Е. А. Попов (1947), К. И. Платонов (1952 б). Из зарубежных работ следует отметить исследования Дежерина и Гоклера (1912), посвященные психогенному нарушению деятельности внутренних органов.

Приводим некоторые наблюдения.

1. Больной С., 53 лет, обратился к нам с жалобами на тяжелое депрессивно-тревожное состояние, на безотчетный навязчивый страх «перед возможным грядущим несчастьем», на тахикардию (130—140 ударов в минуту), дизурию, поллакурию, чрезмерную раздражительность, впечатлительность, нарушение сна (вплоть до бессонных ночей). Вследствие общей слабости и тахикардии не покидает постели в течение 5 месяцев.

Диагнозы: «базедова болезнь», «холецистит», «камни мочевого пузыря», «артериосклероз мозга», «пресенильный психоз». Лечение (бромиды, иод, наркотические средства, дигален, сыворотка Мабиуса) оказывалось безрезультатным. Неврологический статус без уклонений от нормы.

При выяснении причин возникновения данного состояния было установлено, что 5 месяцев назад больной получил тяжелую психическую травму — внезапно умерла его любимая дочь. В течение 5 месяцев после этого больной не мог возвратиться в квартиру, где она умерла, вследствие чего все это время находился в квартире брата.

Наш диагноз: тяжелое депрессивное невротическое состояние с выраженным вегетативным симптомокомплексом.

Нами проведено десять сеансов словесного внушения во внушенной дремоте, причем уже после 2-го сеанса отмечено резкое улучшение, после 5-го — больной начал выходить из дому, а по окончании лечения смог *вернуться в свою квартиру. Вскоре после этого выехал с женой в Крым,* а после возвращения из Крыма поступил на работу. Катамнез положительный 21 год, рецидивов не было.

2. У больной П., 63 лет, с августа 1920 г. постепенно развился общий упадок сил, прогрессирующее исхудание, желтопергаментный цвет лица. После приема пищи резкие боли в подложечной области, с иррадиацией в подлопаточную область, тошнота, запоры, резкое истощение, не покидает постели, голодает из-за болей в желудке, упорная бессонница. В марте 1921 г. был консилиум врачей — хирурга и терапевта. Поскольку прощупывается резко болезненная опухоль в области желудка, они поставили диагноз: «злокачественное новообразование».

Нами был применен длительный внушенный сон-отдых. Больная *проспала 10 часов. К удивлению своему и окружающих проснулась со* значительным улучшением: боли резко ослабились, тошнота прекратилась, может есть. Пять сеансов продолжительного внушенного сна-отдыха (на протяжении 10 дней) с соответствующими внушениями восстановили спокойствие, аппетит, сон, отправления кишечника, устранили боли, «опухоль» больше не прощупывалась. Изредка повторяемый внушенный сон-отдых окончательно восстановил физические силы: к лету 1921 г. отмечена значительная прибавка в весе. После лечения больная прожила 14 лет.

Положительное влияние внушенного сна в данном случае заставляет задуматься над точностью диагноза. Состояние больной нельзя было *не поставить в генетическую связь с тяжелыми семейными переживаниями* во время войны (потеря мужа, сына и единственной дочери). В данном случае *функциональный висцеральный симптомокомплекс, развившийся под* влиянием тяжелых психических потрясений, соматологами ошибочно был принят за органический, так как подлинные патогенетические факторы не были учтены или игнорировались. Вот почему и механизм заболевания был понят неправильно. Диагноз опухоли не оправдался.

3. Больной К., 30 лет, находился в 1946 г. на стационарном лечении, страдая болями в области желудка и упорными рвотоподобными срыгиваниями (до 60 раз в сутки). Эти явления возникали без предварительной тошноты и независимо от приемов пищи. С диагнозом «хронический гастрит» и «подозрение на язву» провел в течение 4 лет в разных госпиталях в общей *сложности 209 койко-дней и был освидетельствован тремя военными* экспертными врачебными комиссиями (что подтверждается соответствующей документацией). *В течение всего 4-летнего периода* состоит на инвалидности. Так как был вскрыт комплекс тяжелых психических переживаний в Западной Украине в 1940 г. и на фронте в 1941—1942 гг., направлен на психотерапию. Больной получил 10 сеансов словесных внушений соответствующего содержания, производимых во внушенном сне, что полностью восстановило его здоровье и трудоспособность, причем срыгивания и боли прекратились уже после 2-го сеанса. Здоров и трудоспособен 6-й год (наблюдение Е. С. Каткова; приводим схему развития данного невроза; рис. 86).

Совершенно ясно, что и в данном случае также имела место ошибка соматологов, состоявшая в полном игнорировании психогении и механиз*мов возникшей на этой основе картины функциональной кортико-висце*ральной патологии. Наш диагноз: «психогенный гастроневроз».

К сожалению, нам и нашим сотрудникам нередко и до сих пор приходится наблюдать больных с самыми разнообразными диагнозами не существующих у них органических заболеваний различных внутренних органов и систем. Такого рода больные месяцами и годами остаются без надлежащей помощи, подвергаясь совершенно бесплодному ошибочному лечению.

Ничего не изменилось

Необходимо отметить, что в силу какой-то ничем не оправдываемой традиции соматологи нередко отказывают больным с невротическими заболеваниями внутренних органов в лечении, направляя их к невропатологам (а последние, нужно сказать, склонны посылать их к соматологам).

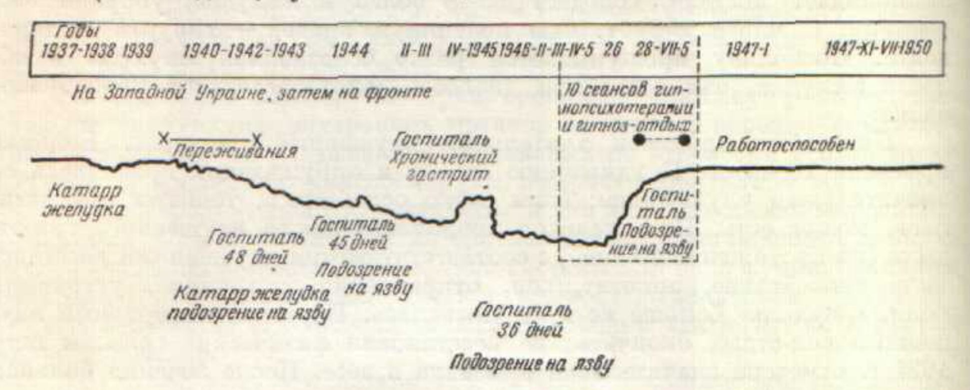


Рис. 86. Схема развития нераспознанного невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.

Мы считаем, что лечение заболеваний внутренних органов во всех случаях является делом соматологов, а отнюдь не невропатологов. Однако следует применять патогенетически правильное лечение, построенное на анализе механизмов кортико-висцеральной патологии и включающее психотерапию (всех видов) как важное, а в отдельных случаях и решающее средство лечения.

Таким образом, мы видим, что на основе физиологического учения И. П. Павлова создалась полная возможность патогенетически правильного подхода соматологов ко всем своим больным и притом как со стороны диагностической, так и со стороны лечебной. Смеем думать, что при этом не останется места для диагностических ошибок, подобных указанным выше или же таких, как, например, в следующем весьма показательном наблюдении.

4. Больная М., 40 лет, в течение 20 лет, начиная с 1916 г., безуспешно лечилась в ряде терапевтических клиник в санаториях и на курортах по поводу диагносцированного «рака желудка», затем «язвы желудка». После ряда лет безуспешного лечения последовал диагноз: «хронический катарр желудка» и, наконец, в связи с постоянным снижением общей кислотности (7—8) и отсутствием свободной соляной кислоты был поставлен «окончательный» диагноз: «атрофический катарр желудка». Лечение эффекта не давало и положение больной было очень серьезным.

Так как у больной, наряду с общим истощением, нервозностью, расстройством сна, кошмарными сновидениями, наблюдались гипнагогические галлюцинации, она в 1936 г. была направлена к нам. Путем сопоставления содержания ее сновидений и псевдогаллюцинаций нам удалось вскрыть тяжелую психическую травму, которая была причиной всего патологического синдрома. В 1916 г., находясь в Средней Азии, она пережила трагическую гибель своей семьи. На ее глазах были замучены

ее отец, муж и дочь, а она сама была захвачена в плен, из которого ей удалось бежать. Именно после этого у нее возникла мучительная дисфункция желудка. Применена психотерапия в форме внушения во внушенном сне «спокойного отношения к пережитому, потерявшему всякое жизненное значение, самообладания в борьбе с невзгодами, веры в свои силы» и т. п., с последующим внушенным сном-отдыхом в течение одного часа. Десять сеансов психотерапии привели к полному и устойчивому восстановлению здоровья, причем прекратились не только все жалобы, но и объективно в желудочном соке впервые за 20 лет стали обнаруживать свободную соляную кислоту; повысилась и общая кислотность. Больная быстро стала поправляться. Она была под нашим наблюдением в течение 18 лет, продолжает чувствовать себя здоровой. Демонстрировалась в 1936 г. на конференции диспансера Украинского психоневрологического института и в 1954 г. на конференции отдела неврозов Центральной психоневрологической больницы.

Следует также указать на возможность действенной помощи, которую дает психотерапия в начальных стадиях развития гипертонической и язвенной болезни, а также, как упоминалось выше, в случаях (и даже тяжелых) психогенного базедовизма. Нужно отметить, что наиболее эффективна смешанная психотерапия, проводимая сначала в бодрствующем состоянии в форме разъяснения, успокоения и убеждения с повторением того же самого уже *в состоянии внушенного сна*, в котором внушается «забвение всех имевшихся в прошлом тяжелых переживаний». Сеансы сопровождаются продолжительным внушенным отдыхом, который особенно необходим в тяжелых случаях, так как обычно не только нормализует тонус коры мозга, но и восстанавливает нарушенные функции вегетативно-эндокринной системы.

Многочисленные исследования в этом направлении были выполнены в 1947—1949 гг. нашим сотрудником М. И. Кашпур (1953) в Харьковской эндокринологической клинике в диспансере Украинского психоневрологического института и в клинике неврозов Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения. Они показали, что случаи психогенного гипертиреоза требуют строго индивидуального подхода, применения указанных выше приемов психотерапии с последующим длительным внушенным сном-отдыхом. Приведем одно из наблюдений М. И. Кашпур, у которой из 75 обследованных ею больных тиреотоксикозом 48 имели психическую травму. У 22 из этих больных проводилась психотерапия с положительным результатом и с катамнезами, прослеженными в течение 3—4 лет.

5. Больная В., 27 лет, направлена в диспансер Украинского психоневрологического института эндокринологическим диспансером в октябре 1948 г. с диагнозом «гипертиреоз». Заболела остро в августе 1948 г. после испуга: во время дневного сна была разбужена криками и заревом пожара вблизи своего дома. Появилось чувство тяжести в груди, ощущение «давящего тела» в горле, сильное сердцебиение. Такое состояние продолжалось несколько дней. Предполагая базедову болезнь, врач назначил лечение препаратами иода. Через месяц больная отметила нарастающее увеличение передней части шеи. Состояние больной ухудшалось: увеличилась потливость, возникло ощущение «волн под кожей» во всем теле, резкая утомляемость и, наконец, полная потеря работоспособности. Утратила способность сама себя обслуживать, так как малейшее физическое напряжение ее сильно утомляло. Появилась нетерпеливость и повышенная слезливость.

Объективно: напряжена, дрожание вытянутых пальцев рук, глазные щели расширены, редкие мигательные движения, небольшой экзофтальм,

мягкая пульсирующая струма, пульс 100 ударов в минуту, основной обмен +23%.

Проведено шесть сеансов успокаивающей и разъяснительной психотерапии в бодрствующем состоянии с последующим длительным отдыхом во внушенном сне.

С первого же сеанса отмечено улучшение. К концу лечения настроение бодрое, уравновешенность, наладился сон, пульс 74 удара в минуту, исчезли тягостные ощущения в теле, а затем исчезла и утомляемость. Больная уже могла делать прогулки на большие расстояния и выполнять домашнюю работу. Закончив лечение, уехала домой вполне здоровой. Демонстрировалась на конференции врачей.

Автором отмечены случаи базедова синдрома, развившегося по механизму внушения и самовнушения, который наблюдался у больных, отличающихся тревожно-мнительным характером (27 человек), например, после чтения в книге о базедовой болезни, после встречи с больными базедовой болезнью и т. п. Как мы уже указывали, развитие этого синдрома по механизму самовнушения находит свое обоснование в учении И. П. Павлова.

Принимая во внимание наличие психогенных тиреотоксикозов и положительную эффективность их индивидуальной психотерапии, нужно считать большой ошибкой игнорирование терапевтами и хирургами такого рода терапии. В классификациях тиреотоксикозов психогенная форма базедова синдрома должна занимать свое место, причем следует учитывать, что эффективное лечение возможно путем индивидуальной психотерапии.

В связи с этим мы не можем согласиться с категорическим заключением П. Шильдера и О. Каудерса (1927), будто «в качестве нормального средства лечения базедовой болезни гипноз, конечно, никоим образом рассматривать нельзя». Дело в том, что начинать всегда необходимо с анализа условий развития тиреотоксикоза. И если в его этиологии лежит психогенный фактор, то применение гипносуггестивной терапии совершенно необходимо.

Психотерапия с последующим длительным сном-отдыхом была использована во 2-й терапевтической клинике Харьковского медицинского института (зав.— проф. С. Н. Синельников) у 65 больных язвенной болезнью. Применялась групповая терапия сном. Лечение проводилось без применения снотворных в течение 20 суток; продолжительность сна составляла 15—17 часов в сутки. Полученные результаты оказались весьма обнадеживающими. Так, по данным С. Н. Синельникова, интенсивность болей у этих больных до лечения была значительной, диспептические явления были выражены в значительной степени, кислотность желудочного сока у подавляющего числа больных была повышена, а рентгеноскопически ниша выявлена у 56 человек. Уже с 3-го дня лечения интенсивность болей у большинства больных постепенно уменьшилась и к 7—9-му дню лечения боли исчезли. При этом все больные находились на расширенной диэте: кроме питания, полагавшегося по столу № 1, они получали мясные и рыбные блюда, фрукты, сыр, икру и т. д. Параллельно с исчезновением болей исчезали диспептические явления, кислотность желудочного сока заметно нормировалась, рентгеноскопически наблюдаемая ниша исчезла у 35 человек из 56. Среднее нарастание веса за время лечения было от 2 до 3 кг, достигая у некоторых больных до 4 кг. Кроме того, отмечена зависимость эффективности психотерапии от типологических особенностей нервной системы. Так, в группе «возбудимых» больных отмечался меньший процент выздоровления, высокая эффективность лечения наблюдалась в группе «тормозных» и «уравновешенных» больных.

Для иллюстрации приведем одно из наблюдений.

Больной П. поступил в клинику 18/XI 1951 г. по поводу обострения язвенной болезни: резко выраженные боли, почти ежедневная рвота после приема пищи и другие диспептические явления. Болен с 1945 г., в январе 1950 г. боли участились, было желудочное кровотечение. С ноября 1951 г. резкое ухудшение, в эпигастрии при пальпации резкая боль, настроение подавленное, повышенная реактивность. Рентгенография: на малой кривизне желудка язвенная ниша.

Применена терапия внушенным сном-отдыхом, причем в течение 21 дня больной спал по 15—17 часов в сутки. Время от времени в условиях внушенного сна делались соответствующие словесные внушения. Сон вызывался внушением, с первого же дня больной засыпал хорошо, но в течение первых 10 дней просыпался от болей. Затем боли стали уменьшаться, вторую половину всего периода лечения спал спокойно и глубоко, без сновидений (как во время внушенного сна, так и ночью). По мере ослабления болей самочувствие и эмоциональное состояние постепенно улучшались, улучшался аппетит, уменьшались, а вскоре и совсем исчезли диспептические явления. Исчезла апатия, появилась вера в выздоровление. Несмотря на расширенный пищевой режим, болей не было. Во время контрольной рентгеноскопии ниша не обнаружена, больной выписался в уравновешенном эмоциональном состоянии с прибавкой в весе на 3,5 кг, пробыв в клинике 24 дня.

Как показали все эти наблюдения, соматологам необходимо иметь в виду возможность психогенных расстройств функций внутренних органов (чаще всего желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой системы). В таких случаях психотерапия является прямо показанной. Нужно иметь в виду также возможность изменения под влиянием эмоционального состояния больного состава его желудочного сока во время самого взятия у него желудочного сока. Точно так же нужно иметь в виду условную лейкоцитарную реактивность, которая может проявиться при несоблюдении правил взятия крови, о чем мы уже упоминали выше.

Из предыдущего изложения видно, что психотерапия может быть использована и при таких болезнях, как бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия, гипертоническая болезнь в начальной стадии, особенно если в их основе лежат психогенные факторы.

Приводим весьма показательное в этом отношении наблюдение.

Больная 20 лет обратилась с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, возникающие без всякого внешнего повода по нескольку раз в день и длящиеся от одного до 4 часов, причем во время приступов частота пульса доходит до 140 ударов в минуту. Больна около 2 лет, все это время лечилась амбулаторно (фармако-гидротерапия) с диагнозом пароксизмальной тахикардии, улучшения не наступало.

В анамнестической беседе установлено, что начало заболевания было связано с психической травмой: однажды, находясь в ложе театра, увидела, что ее жених сидит с другой девушкой. Это ее сильно взволновало, сердцебиение участилось, долго не могла успокоиться. Ночь провела плохо, так как продолжалось учащенное сердцебиение, заснула лишь под утро. Хотя утром проснулась уже без тахикардии и в течение ближайших дней успокоилась, однако через несколько дней приступы тахикардии возобновились, и у больной возник страх, что сердечные приступы снова возобновятся.

Применена гипносуггестивная терапия с последующим после каждого сеанса длительным внушенным сном-отдыхом. После десяти таких сеансов приступы тахикардии прекратились, однако страх возобновления их еще долгое время держался. Ходит по улицам лишь в сопровождении

родных. Последующими сеансами гипносуггестивной терапии этот страх был также устранен. Положительный катамнез прослежен на протяжении 2 лет; рецидивов не было (наблюдение Е. А. Ворониной).

Особое значение в клинике внутренних болезней приобретает терапия внушенным сном-отдыхом с соответствующими успокаивающими, подбадривающими и перевоспитывающими словесными внушениями.

Больная после гриппозной пневмонии была в сильной степени истощена, слаба и адинамична, жаловалась на упорную бессонницу и отвращение к пище. Состояние больной было угрожающим. После первого сеанса внушенного сна-отдыха длительностью около получаса (заснула скоро и глубоко) почувствовала достаточную физическую бодрость и появился аппетит. Повторение в последующие дни внушенного сна-отдыха длительностью до 8 часов окончательно восстановило ночной сон и аппетит. Состояние больной с каждым днем улучшалось и через неделю она свободно двигалась, чувствуя себя совершенно здоровой. Следует отметить, что в начальной стадии таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, туберкулез легких, одним из основных методов лечения является не только успокаивающая, но и ободряющая психотерапия, понимаемая в широком смысле, которая через кору мозга тонизирует функции эндокринно-вегетативной системы.

У больного туберкулезом таким путем может быть нормализован и пролонгирован сон, повышен аппетит и создана и укреплена вера в выздоровление. Так, исследованиями Р. Я. Шлифер (1930) подтверждена правильность мнения ряда авторов о вредном влиянии на течение туберкулезного процесса отрицательных эмоций. Психотерапия же, наоборот, повышает тонус коры мозга и положительно влияет на соматические процессы, функции вегетативной нервной системы, содействуя эффективности борьбы с туберкулезом. Как известно, отечественные клиницисты (С. П. Боткин, Г. А. Захарьин и др.) издавна придавали большое значение отрицательным переживаниям в развитии и обострении туберкулезного процесса. В наше время этот вопрос вновь поднят советскими авторами: С. Д. Вознесенским, Е. В. Миртовской (1934), А. Л. Самойловичем (1940), С. В. Берлин-Чертовым (1948) и др.

Однако в обширной литературе о влиянии туберкулезной инфекции на психику нет никаких указаний о важном значении психотерапии для повышения тонуса коры мозга больных туберкулезом легких; в этом отношении имеются указания лишь самого общего характера. Применение психотерапии может быть полезно для больных туберкулезом не только со стороны соматической. Она бывает необходима также для устранения реактивных невротических состояний, возникающих в результате различного рода травмирующих психику факторов, нарушающих функции нервной системы больного и ставящих его организм в трудные для борьбы с инфекцией условия. Необходимо учитывать сильнейшую отрицательную астеническую реакцию фтизиков на само туберкулезное заболевание.

Для иллюстрации приведем одно из наших наблюдений.

8. Больной И., 36 лет, наследственность не отягощена, обратился с жалобами на то, что 2 года назад после тяжелой психической травмы (смерть жены и ребенка) у него был обнаружен туберкулез легких. Отмечено отсутствие аппетита, бессонница, раздражительность, общее недомогание, полное отвращение к жирам, кахексия, кашель с мокротой, содержащей туберкулезные бациллы. Реакция оседания эритроцитов по Лицмееру 45 минут. Со стороны нервной системы отмечаются неврастенические явления.

Применена гипносуггестивная терапия с целью изменить отношение

больного к пережитому, устранить расстройство функций вегетативной нервной системы. После предварительной беседы больной погружен в глубокую дремоту, в которой ему внушалось спокойное отношение к семейному горю и к его заболеванию туберкулезом, бодрость и уверенность в выздоровлении, хороший сон и аппетит: «Вы будете есть все с удовольствием, от этого зависит ваше выздоровление. Вы будете есть масло и жирную пищу. Вы спокойно относитесь к воспоминаниям о случившемся несчастии, у вас вернулись интерес к жизни, душевные силы и бодрость» и т. д. Сеансы проводились через день; с каждым разом состояние больного улучшалось. После 4-го сеанса аппетит улучшился настолько, что больной ел с удовольствием 5—6 раз в день, употребляя много масла. О смерти жены и ребенка вспоминал спокойно. Через 10 дней прибавил в весе на 3 кг. В течение 3 недель было проведено восемь сеансов: самочувствие хорошее, больной «не узнает себя», в весе прибавил на 4 кг, температура 37,2—37,1°, уменьшился кашель и количество выделяемой мокроты, лишь изредка в мокроте обнаруживались единичные бациллы (до проведения внушения их было 12—14 в поле зрения). Фтизиатром констатировано значительное ослабление объективных признаков процесса. Больной уехал и через 4 месяца написал о своем полном благополучии: «Я счастлив, что попал на лечение в психоневрологический диспансер. Целый год я лечился в Крыму в туберкулезных диспансерах, но это не дало улучшения. Диспансер помог мне стать здоровым. Я ем хорошо, ем жиры, сплю хорошо, спокойнее вспоминаю мучивший меня ранее образ жены и ребенка. Палочек в мокроте нет, процесс закрылся. Я прибавил за это время в весе на 12 кг, снова вернулся к жизни и уже начал работать» (наблюдение Р. Я. Шлифер).

Наблюдения показали, что и групповая психотерапия (в форме психотерапевтических и психопрофилактических собеседований и лекций в туберкулезных санаториях и диспансерах) также должна занимать видное место. Нам лично пришлось убедиться в значительной пользе этих лекций и бесед, которые проводились нами в различных санаториях (Бакуриани, Ромны).

Все это говорит о настоятельной необходимости обращать внимание на общее состояние психической сферы больных туберкулезом легких.

Для успеха лечения этих больных необходимо изучать не только состояние их легких, но и состояние их психики, высшей нервной деятельности. Нужно лечить не только болезнь, но и больного. Все это требует от фтизиатра достаточно глубокого знакомства с физиологией высшей нервной деятельности, а также систематического применения методов психотерапии. Именно таким путем оказывается возможным повышать защитные силы организма, стимулировать соматические процессы и содействовать больному туберкулезом в борьбе с его болезнью.

Мы полагаем, что дальнейшие исследования и наблюдения в этом направлении должны привести к признанию необходимости включить психотерапию в комплекс применяемых в туберкулезных санаториях терапевтических мероприятий.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ[1]

В хирургической клинике со специфическими для нее оперативными методами лечения применяются разного рода чрезвычайные раздражители, воздействие которых не может не отражаться на состоянии корковой динамики больного. Поэтому именно в условиях хирургической клиники чрезвычайно четко выражена профилактическая и терапевтическая значимость своевременно и правильно примененного словесного воздействия.

Следует отметить, что в России пионером применения в хирургии внушенной аналгезии во внушенном сне для обезболивания был П. П. Подъяпольский (1915). На Украине этот метод впервые был применен в гинекологической клинике А. П. Николаевым (1923), в хирургической и гинекологической клиниках нами и Г. З. Вельвовским (1923), а затем неоднократно применялся другими нашими сотрудниками.

Первая хирургическая операция под гипнозом с нашим участием состояла в удалении постаппендэктомических спаек (оперировал проф. П. В. Кудинцев).

Приводим краткое описание.

Больная Н., 23 лет, жаловалась на боли из-за спаек после произведенной несколько лет назад аппендэктомии. Для производства в условиях операции внушенной аналгезии было проведено четыре подготовительных сеанса словесного внушения во внушенном сне, в которых внушалось спокойное отношение к предстоящей операции. В день операции, за несколько минут до нее, больной, усыпленной в палате путем словесного внушения, был внушен полный двигательный и чувствительный паралич нижней половины тела, происшедший якобы «под влиянием поясной перетяжки тела жгутом». Затем больная, находясь в состоянии внушенного сна, была перевезена в операционную, где и была оперирована. Во время разреза кожи, фасции, брюшины и остановки кровотечения больная была абсолютно спокойна: спокойное выражение лица и дыхание, равномерный пульс (68 ударов в минуту). Обнаружены множественные спайки, причем слепая кишка оказалась заключенной в мешок из образовавшихся спаек. Удаление спаек не вызывало реакций со стороны спящей, но в момент напряжения брыжейки появилось беспокойство: «Почему не так спокойно сплю?», «Мне неприятно, хочу домой!», «Скажите профессору, что не хочу операции!». Пульс, бывший все время равномерным, хорошего наполнения, участился до 100 ударов в минуту. Больной внушено успокоение и приятное сновидение: «Вы катаетесь на лодке с веселой компанией в лунную ночь» и т. д., после чего больная успокоилась и спала спокойно. Очевидно, внушение сновидения, создавшего очаг раздражения в коре мозга путем отрицательной индукции, затормозило интероцептивно раздражаемый район коры, избавив больную от неприятных ощущений. После операции больная в том же состоянии внушенного сна была перевезена в палату, где и была разбужена. Самочувствие очень хорошее, полное отсутствие представления о совершившейся операции, длившейся в течение часа. В тот же день после соответствующего словесного внушения легко и без всякой напряженности восстановилась функция мочеотделения. После заживления раны первичным натяжением выписана в хорошем состоянии.

Второй наш опыт внушенного обезболивания при хирургическом вмешательстве, также проведенном во внушенном сне, был по поводу паховой грыжи у больной В. Операция была произведена в хирургическом отделении 2-й Харьковской больницы и прошла так же успешно.

Чтобы показать диапазон применения гипносуггестивной аналгезии в хирургической практике, отметим операции, произведенные во внушенном сне некоторыми хирургами Украины и РСФСР. Напомним прежде всего о применении гипносуггестивной аналгезии гипнологом П. П. Подъяпольским. В период первой мировой войны с его участием было произведено безболезненно во внушенном сне около 30 хирургических операций: иссечение венозных узлов вдоль всей нижней конечности, резекция ребра, носовой перегородки, удаление пули из пяточной кости и т. д. При участии И. З. Вельвовского проф. М. Б. Фабрикантом в Харьковской студенческой больнице в 1924 г. были произведены такие операции, как

удаление нейриномы бедра, фиброаденомы молочной железы, постаппендэктомических сращений и пр. Отметим описанный В. А. Бахтиаровым (1933) исключительный по сложности, по обширности операционного поля и по продолжительности операции ($2^1/_2$ часа) опыт гипносуггестивного обезболивания при верхней торакопластике, проведенной хирургом И. И. Вартлинским в туберкулезном отделении Свердловской железнодорожной больницы. Было резецировано семь верхних ребер и отсепарирована от них лопатка у больной туберкулезом легких 29 лет, которая находилась в тяжелом состоянии и ей было противопоказано применение химического наркоза. Операция, как и послеоперационный период, прошла хорошо во всех отношениях и о ней больная не помнила.

Если в описанных выше случаях операции проводились хирургами при содействии врачей-гипнологов, то примеры, приводимые ниже, указывают на возможность не только гипнотизирования самим хирургом, но и одновременно проведения им же и операции. С. М. Берг (1926), первый из русских хирургов применивший вполне самостоятельно гипноз *для обезболивания, сделал интересные наблюдения, касающиеся использования* приемов словесного внушения в хирургической клинике.

Немалый интерес представляют клинические наблюдения хирурга П. И. Щеглова (1930), который также успешно оперировал под гипнозом. Из 18 таких операций в одном случае была пробная лапаротомия по поводу рака шейки матки, в одном — ампутация матки, в двух — эктомия желчного пузыря, в одном — пластика свища околоушной железы, далее — пластика по Таршу, по Мареску, иссечение части щитовидной железы, чревосечение при раке шейки матки, надвлагалищная ампутация фиброматозной матки, вентрофиксация и, наконец, девять аппендэктомий. Все эти операции проводились в условиях словесного обезболивания во внушенном сне, без применения каких бы то ни было наркотических веществ.

Далее, в хирургической клинике I Московского медицинского института хирургом Р. А. Парамоновым без помощи врача-гипнолога были успешно произведены во внушенном сне две операции грыжесечения, пять операций удаления липом и ганглиом, два вылущивания фаланг, вскрытия флегмон и абсцессов (20 случаев) и удаление зубов (28 случаев). При этом хирургами была признана полная возможность и целесообразность одновременного словесного усыпления и производства операции. Тот же метод гипносуггестивной подготовки больных базедовой болезнью к операции с успехом применялся Г. М. Гуревичем и И. С. Мастбаумом в хирургической клинике Харьковского стоматологического института.

Как показали наблюдения С. М. Берга (1926), у лиц, легко поддающихся внушению, малые хирургические операции могут производиться в условиях внушенной аналгезии в бодрствующем состоянии. Он отмечает, что в амбулаторных условиях внушенная анестезия в бодрствующем состоянии «может быть получена у многих больных чаще, чем это принято думать». Повидимому, в основе этого явления лежит то обстоятельство, что как при свежей травме, так и при хирургической операции по неотложным показаниям, тонус коры мозга больного оказывается резко сниженным, а внушаемость резко повышенной, что в соответствующих случаях и должно быть использовано хирургом. Следует отметить, что опыт применения внушенной аналгезии оправдал себя также в амбулаторной зубоврачебной практике, даже при тяжелых стоматологических операциях, не говоря о несложных, причем зубы и корни в ряде случаев удаляли при наличии периоститов (И. З. Вельвовский, Харьковская студенческая поликлиника).

Все это указывает на действительную возможность проведения разного рода хирургических операций, даже полостных, не под наркозом, а во внушенном сне. Если гипносуггестивный метод не может быть широко применен в силу особых условий предварительной подготовки больного к операции, то его нужно иметь в виду во всех тех случаях, когда противопоказано применение химического наркоза. Более широко гипносуггестивный метод может быть использован в форме так называемого гипнонаркоза, когда одновременно с внушенным сном дается небольшая доза наркотиков (эфир, хлороформ). Опыт показывает, что даже при длительных операциях потребление в этих условиях наркотических средств может быть снижено на 70—80% (С. М. Берг, В. А. Бахтиаров, Д. И. Щеглов, И. З. Вельвовский). Так, Д. И. Щеглов из 18 операций 13 провел под гипнонаркозом, при резко уменьшенной дозировке химического наркоза. Иногда же, когда во время хирургической операции под гипнозом у больного появляется боль, то для углубления внушенной аналгезии дается небольшое количество наркотизирующего вещества (20—30 мл эфира).

Широкие возможности для применения внушенного сна и словесного внушения открываются в предоперационном и послеоперационном периодах. Естественно, что особое внимание хирургов должно привлекать психическое состояние больного перед предстоящей операцией, так как в этих условиях на кору его мозга падает целый комплекс разнообразных сильных раздражителей, зачастую травмирующих больного. Применение словесного внушения и внушенного сна в предоперационном периоде удовлетворяет решительно всем требованиям охранительного режима в этом периоде. Страх и волнение перед операцией, как и сам вид операционной, иногда вызывает у больного реактивное невротическое состояние, бессонницу, отсутствие аппетита, общий или местный кожный зуд и т. д.

Все это без особого труда и в кратчайший срок может быть устранено путем соответствующего словесного внушения. Как показали наши наблюдения, весьма полезна длительная терапия сном, проводимая во внушенном сне, без дачи каких-либо химических снотворных или же при минимальной их дозировке. Следует отметить, что в предоперационном периоде можно использовать метод групповой подготовки в форме одновременного внушенного сна у нескольких человек в течение более или менее длительного срока, применяя для этой цели те или иные первосигнальные раздражители. Усыпление может быть ускорено путем дачи в первые два-три сеанса 0,75—1,0 хлоралгидрата или 0,1—0,15 амитал-натрия или же применением косвенного внушения с дачей соответствующего индиферентного вещества.

Приводим пример успешного применения психотерапии у больной с тяжелым предоперационным невротическим состоянием.

Больная С., 38 лет, поступила в хирургическую клинику для оперативного вмешательства по поводу туберкулезного поражения XII грудного и I поясничного позвонков. При поступлении жалобы на повышенную раздражительность, неустойчивое настроение, плохой сон, отсутствие аппетита. Ввиду тяжелого реактивного состояния больной, обусловленного основным заболеванием (туберкулез позвоночника), операция (фиксация позвоночника по Ольби) не могла быть произведена немедленно и ее пришлось отложить. Однако после двухмесячного пребывания больной в клинике в ее состоянии наступило ухудшение: сильные головные боли, тошнота, рвота, сердцебиение, боли в области сердца, почти полное отсутствие сна и аппетита (без каких-либо признаков органических поражений внутренних органов и нервной системы). По заключению невро-

патолога, «очаговых и менингеальных симптомов нет. Функциональный невроз с истерическими реакциями, вегетативная дистония». Так как состояние больной ухудшалось, а лекарственная терапия эффекта не дала, назначена психотерапия.

Общий вид больной и ее поза были весьма характерны: лежит на спине со взглядом, устремленным в потолок, боясь повернуть голову, «чтобы сразу не возникла рвота». Говорит шепотом, жалуется на головные боли и частую рвоту, почти ничего не ест, ночью почти не спит, засыпая, тотчас видит «кошмарные сновидения», непрерывно находится в состоянии страха, временами приступы тахикардии, сопровождающиеся одышкой и болями в области сердца. Сознавая, что в таком состоянии она не может быть оперирована, а без операции ей угрожает обострение процесса в позвоночнике, пришла к мысли о самоубийстве.

На первом сеансе гипносуггестивной терапии быстро заснула, внушалось отсутствие головной боли, хороший сон и аппетит, бодрое настроение, стремление быстрее окрепнуть перед операцией. Разъяснено, что все ее тяжелые переживания являются следствием утомления нервной системы и что под влиянием психотерапии все страдания исчезнут. Проснулась без головной боли, в хорошем настроении, заявила, что «хочет есть». В дальнейшем сеансы проводились ежедневно, а затем через день. Наконец, сеансы были заменены беседами, проводимыми в бодрствующем состоянии. В течение первой же недели психотерапии у больной появился интерес к окружающему, она стала хорошо спать и есть, начала читать и вышивать. А через 2 месяца после этого, когда она достаточно окрепла, была сделана операция — костнопластическая фиксация позвоночника по Ольби. Выписана в хорошем состоянии. Через 6 месяцев явилась в клинику и подтвердила свое благополучие (наблюдение Ф. Ф. Сивенко).

Широкое поле для применения словесного воздействия представляет п о с л е о п е р а ц и о н н ы й п е р и о д. По свидетельству С. М. Берга, у 50% больных всякого рода жалобы могут быть устранены путем словесного внушения в бодрствующем состоянии, а у остальных — в легкой внушенной дремоте. Таким путем может быть устранена боль от ран, от перевязок, тягостные постоперационные болевые ощущения вне операционного поля из-за вынужденного неподвижного положения в постели. Путем простого словесного внушения можно снять ощущение мучительного голода. Это легко осуществляется путем внушения мнимого кормления. Наконец, таким методом устраняются наблюдающиеся после химического наркоза явления задержки газов, мочи, ее недержания и т. д. В таких случаях словесное внушение устраняет необходимость в газовой трубке, в катетере и в инъекции наркотиков.

Таким образом, метод словесного внушения является важным вспомогательным средством в хирургической клинике. Однако нет оснований думать о систематическом применении метода гипносуггестивного обезболивания при больших и сложных операциях и полном вытеснении химических средств анестезии. Тем не менее сочетание метода внушенного обезболивания с местной аналгезией должно занять в хирургической практике важное место. В интересах больного среди других профилактических мер, применяемых в предоперационном периоде, всегда желательно предварительно проверить, можно ли использовать для целей обезболивания также метод гипносуггестивной аналгезии. Необходимо иметь в виду, что в случае неудачи словесного усыпления успех может быть обеспечен предварительным приемом небольших доз снотворных как безусловных раздражителей. Большие возможности словесного внушения должны привлечь к себе самое серьезное внимание хирургов, что нами уже давно подчеркивается (К. И. Платонов, 1925 в).

Первые ранние попытки применения гипносуггестивного метода в хирургии убедили наших отечественных хирургов — пионеров применения словесного внушения для целей обезболивания — в его значимости и необходимости овладения им самими хирургами. Методика словесного внушения и гипноза должна быть усвоена каждым хирургом «в такой же мере, как и метод химической наркотизации» (С. М. Берг). Вместе с тем не менее очевидна необходимость внедрения этого метода в повседневную хирургическую практику (Д. И. Щеглов). Поэтому нужно считать вполне правильным высказанное А. Н. Бакулевым (1951) сожаление о том, что «кратковременный период увлечения гипнонаркозом предан забвению, и этот поистине физиологический метод воздействия на психику хирургического больного оставлен в зачаточной фазе своего развития...»

ПСИХОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Переходим к вопросу о применении психотерапии и психопрофилактики в области *акушерства, в основном при обезболивании родов и борьбе* с токсикозами беременности и нарушениями лактации.

Нужно сказать, что попытки обезболивания родов словесным внушением делались еще в XIX столетии. Однако систематическая разработка обезболивания родов как массового мероприятия стала возможной только в Советском Союзе, где Коммунистическая партия и Советское правительство *проявляют большую заботу о матери и ребенке.* Уже с 30-х годов текущего столетия в нашей стране стали настойчиво изучать различные фармакологические родообезболивающие средства, а с 1951 г. стал применяться метод психопрофилактики родовой боли. В основе последнего лежала идея о том, что родовые боли в той форме, в какой они проявляются у большинства женщин, представляют также и продукт укоренившегося среди населения убеждения в их роковой неизбежности и неустранимости. В прошедшие времена здесь в значительной мере сказывалось также влияние известного библейского предания.

Наши первые исследования в этом направлении относятся к 1925—1928 гг. Сотрудничая тогда с врачом-акушером М. В. Шестопаловым (1925) и психоневрологами В. М. Кисловым (1929), П. П. Истоминым (1930) и Р. Я. Шлифер (1930), мы убедились в преимуществах применявшегося нами гипносуггестивного метода для обезболивания родов перед медикаментозным (см. в приложении историю болезни родов с использованием гипносуггестивного метода). Вместе с тем мы пришли к заключению, что в возникновении родовых болей во многих случаях немалую роль играет физиологический механизм внушения и самовнушения. К такому же выводу в этом вопросе пришел также А. П. Николаев (1924), который одновременно с нами и независимо от нас также применил для обезболивания родов словесное внушение во внушенном сне.

В дальнейшем мы с нашими сотрудниками (психоневрологи З. А. Копиль-Левина, Н. В. Переверзев и Ю. П. Токин и акушеры В. П. Проняева, И. Т. Цветков и М. П. Коганов) предприняли широкую и детальную разработку приемов обезболивания родов гипносуггестивным методом (К. И. Платонов, 1936, 1937 и 1941). Накопленный нами материал (776 случаев) показал значительную эффективность метода словесного внушения, применение которого устраняет или же резко ослабляет родовые боли. Этот метод эффективен как во внушенном сне, так и в бодрствующем состоянии. Мы полагаем, что мнение некоторых акушеров о том, что родовая боль якобы «нужна для нормального течения родов», ошибочно. Наоборот, необходимы мероприятия, направленные на устранение перед родами разного рода сопутствующих астенических эмоций (тревога, страх).

Наши исследования свидетельствуют о том, что при медикаментозном обезболивании немалую роль играет также скрытый психический фактор (косвенное внушение), маскирующий действительное воздействие фармакологического фактора (К. И. Платонов, 1938, 1940). Вместе с тем было установлено положительное значение самой подготовки беременных к безболезненным родам, как индивидуальной, так и групповой, ибо при помощи нее своевременно устранялись отрицательные эмоциональные состояния, связанные не только со страхом и волнениями перед самими родами, но и с возможными привходящими психическими травмами внешнего порядка.

В этом же подготовительном периоде часто вскрывались различные причины реактивных невротических состояний, зачастую и ятрогенных, акушерских (З. А. Копиль-Левина). Этот факт еще больше подчеркивает психопрофилактическое и психотерапевтическое значение акушерских консультаций.

Значение психопрофилактики особенно ярко демонстрируется успешным обезболиванием у тех рожениц, которые во время беременности прослушали популярные лекции об обезболивании родов.

Положительные результаты были получены в большом числе случаев и другими авторами: В. И. Здравомысловым (Москва, 1930—1938), М. В. Вигдоровичем (Ленинград, 1935—1941), Э. А. Каган и Г. Г. Белозерским (Ленинград, 1931), М. М. Сыркиным (Киев, 1949), А. Ф. Гоциридзе и Я. А. Теровакимовым (Тбилиси, 1936), В. М. Кисловым (Донбасс, 1929; Тула, Пятигорск, 1947). Так, В. М. Кислов в своей практической работе провел свыше 100 обезболиваний родов с положительным результатом, используя словесное внушение. Им же была введена предварительная дородовая психопрофилактическая подготовка беременных в консультациях.

Как показал опыт последних лет, массовое решение задачи обезболивания родов могло быть обеспечено применением психопрофилактического метода, разработанного И. З. Вельвовским, В. А. Плотичер и Э. Л. Шугом (1950, 1954). В основе этого метода лежат специальные *мероприятия по подготовке беременной к правильному поведению во время* родового акта.

Метод психопрофилактического обезболивания родов в настоящее время применяется во многих городах Советского Союза.

Если же в отдельных случаях методом психопрофилактики обезболивания родов не удается достигнуть, то необходимо прибегать к словесному внушению во внушенной дремоте или же к косвенному внушению в бодрствующем состоянии, что особенно важно, когда применение медикаментозных средств противопоказано.

Метод словесного внушения в бодрствующем состоянии или во внушенной дремоте может применяться и при послеродовых осложнениях (болезненное отделение плаценты, наложение швов при разрывах промежности) и, наконец, при наложении щипцов (наблюдения З. А. Копиль-Левиной, И. Т. Цветкова, а также и В. И. Здравомыслова, 1938).

Нельзя не отметить огромной показательной работы по применению словесного внушения в акушерстве, проведенной в течение 20 лет в *Ленинграде акушером М. В. Вигдоровичем в 15 гипнотариях, организованных* под его руководством Ленинградским городским отделом здравоохранения. В этих гипнотариях уже проведено обезболивание 4575 родов с положительным результатом в 91% случаев, устранение токсикозов беременности с положительным эффектом в 95% случаев (400 наблюдений), устранено 126 мнимых беременностей.

Кроме того, метод словесного внушения в гипнотическом сне весьма эффективен при угрожающем выкидыше. Как показали систематические исследования М. Я. Милославского (1951, 1952, 1954), путем словесных внушений во внушенном сне можно понизить возбудимость матки, подавить схваткообразные боли и прекратить кровянистые выделения при угрожающих преждевременных родах. Так, по его данным, из 387 беременных доносило беременность до срока 87%, из них 30% рожениц имели в прошлом привычные выкидыши и по 5—6 недоношенных беременностей. Эти исследования имеют большое практическое значение.

Далее, метод словесного внушения в бодрствующем состоянии и во внушенном сне может быть с большим успехом применен в послеродовом периоде, в частности, при дисфункции молочных желез. Исследования В. И. Здравомыслова (1938, 1949), применившего впервые в Советском Союзе этот метод при расстройстве лактации, показали большую его эффективность (около 100%). Метод был применен у 77 рожениц, причем у подавляющего их числа наблюдался быстрый и стойкий положительный результат под влиянием одного-двух сеансов внушения. В. И. Здравомыслов описал также случаи устранения путем внушения спазма сфинктера молочной железы, сопровождавшегося спастическими явлениями и в других органах — запорами, задержкой мочеиспускания, болезненными сокращениями матки. Кроме того, В. И. Здравомыслов устранял с помощью внушения послеродовые боли, эмоциогенные маточные кровотечения, дисменорреи, бессонницу, половые извращения (мастурбация), вагинизм. Аналогичные результаты получены М. Я. Милославским (1954), применявшим гипносуггестивную терапию с целью регулирования деятельности молочных желез.

О возможности устранения словесным внушением явлений так называемых токсикозов беременности мы уже писали выше. Мы еще раз подчеркиваем, что при такого рода страданиях беременных этот метод должен привлечь особое внимание акушеров, тем более что большинство страдающих оказывается хорошо внушаемыми и гипнабильными.

Несколько более подробно следует остановиться на возможности устранения путем гипносуггестивной терапии той формы токсикоза беременности, которая проявляется в виде хореического гиперкинеза.

1. Беременная К., 25 лет, с тяжелым токсикозом беременности в форме хореического гиперкинеза направлена акушерами на медицинскую комиссию для решения вопроса о прерывании беременности. Предыдущая беременность была у нее прервана по тем же медицинским показаниям. По этому поводу К. обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института.

После четырех сеансов гипносуггестивной терапии гиперкинез был купирован и беременность была сохранена (наблюдение Е. А. Ворониной).

Приводимый ниже пример терапии токсикоза беременности иллюстрирует значение обычного фармакологического лечения (внутривенное вливание кальция) и словесного внушения.

2. Беременная О., 26 лет, обратилась к нам на 8-й неделе четвертой беременности. Рвота началась с 7-й недели беременности. После двух сеансов гипносуггестивной терапии наступило улучшение. Затем, по случайным причинам психотерапия была прекращена и в течение 2 недель проводилась кальциевая терапия. Однако вследствие безуспешности последней, была вновь применена гипносуггестивная терапия, которая дала быстрый и полный эффект (наблюдение С. П. Исффе; рис. 87).

Бывают случаи, когда уже после произведенного аборта рвота продолжается, т. е. не исчезает зафиксировавшаяся в коре мозга рвотная реакция. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

3. Больная К., 34 лет, имеет восьмую беременность, причем первые три прерваны из-за рвоты. Произведенный аборт рвоты не устранил. Ввиду того что все явления токсикоза продолжались в течение 10 дней после аборта, возникла необходимость в психотерапии. Внушением, про-

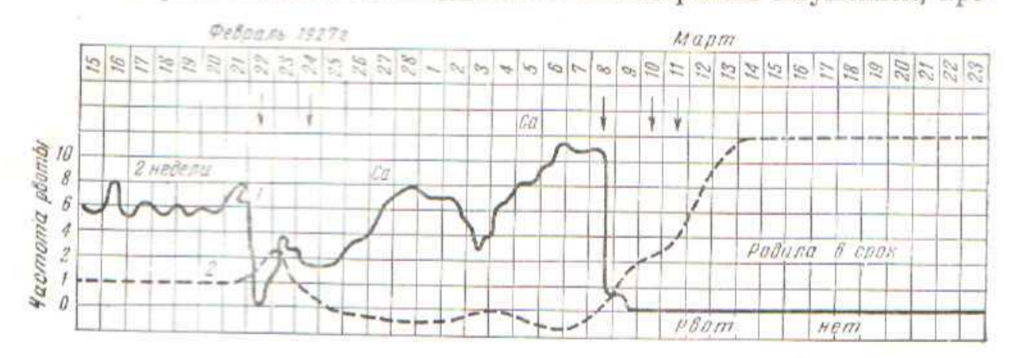


Рис. 87. Схема развития токсикоза у беременной О. и эффективности гипносуггестивной терапии.

1 — частота рвоты за сутки; 2 — самочувствие; стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

изведенным во внушенном сне средней степени, рвотная реакция и весь сопутствующий синдром были устранены (рис. 88). Повидимому, здесь имела место патологическая инертность создавшейся в коре мозга «токсикозной» динамической стереотипии.

Отметим, что во внушенном сне также можно проводить санацию ротовой полости беременных и экстракции зубов.

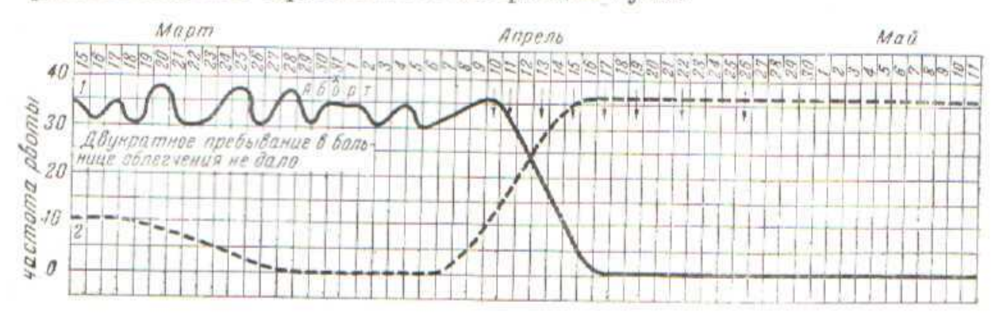


Рис. 88. Схема развития токсикоза у беременной К. и эффективности гипносуггестивной терапии.

1 — частота рвоты за сутки; 2 — самочувствие; стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

Нужно сказать, что гинекологи до сих пор далеко еще не в достаточной степени учитывают функциональные психогенные расстройства. В этом отношении они отстают от акушеров, хотя известный отечественный гинеколог В. Ф. Снегирев еще в конце прошлого и в начале нынешнего столетия первым заговорил о значении психического фактора при гинекологических заболеваниях и о необходимости психотерапевтических воздействий. Психогенным факторам и психотерапии в гинекологии большое значение придавал в 20-х годах нашего столетия московский гинеколог В. Г. Дик. Его практический опыт применения психотерапии в гинекологии показал, что развитие определенных заболеваний генитальной сферы женщины в значительной мере обусловлено психогенезом.

Так как наш опыт в этой области невелик, мы, ссылаясь на других авторов, ограничимся указанием на то, что психогенными по природе могут быть овариалгии, вагинизм, расстройства менструаций — дисменорреи, аменорреи, менорреи и метроррагии, а также бели. Во всех этих случаях психотерапия является единственным патогенетическим лечебным средством. Иллюстрацией служат многочисленные наблюдения П. П. Истомина, В. Н. Варен, К. В. Кнеплера, затем работы А. И. Николаева (1924), В. Г. Дика (1925, 1927, 1929), В. И. Здравомыслова (1930, 1936), В. А. Бахтиарова, (1930) М. В. Вигдоровича (1938, 1949).

Что касается хирургической гинекологии, то и здесь можно применять метод словесного внушения в бодрствующем состоянии и во внушенном сне, как и в общей хирургии. Так, значительный опыт накоплен в отношении гипносуггестивной аналгезии при операциях выскабливания полости матки (М. О. Пайкин и Р. Я. Шлифер, 1925; К. П. Казаченко-Триродов, 1925; В. Г. Дик, 1927; Л. Г. Амфитеатров, 1936; В. И. Здравомыслов, 1938).

Нередко можно услышать замечание о ненужности обезболивания при «столь ничтожном» хирургическом вмешательстве, каким является выскабливание полости матки. На основании своих наблюдений мы можем сказать, что эта операция для многих женщин является тяжелой соматической и психической травмой. Чтобы убедиться в этом, нужно только понаблюдать за больной непосредственно после операции, а особенно за состоянием ее нервной системы в последующие дни. Так, нам приходилось встречать женщин, у которых тяжелые невротические состояния с преобладанием вегетативных компонентов были связаны именно с этой операцией.

Вне сомнения, метод внушенной аналгезии при такого рода операциях является наиболее подходящим, так как влияет не только на физическое состояние больной, но и на ее психику.

1. Больная К., 38 лет, перенесла в состоянии внушенного сна операцию abrasio caviuteri, длившуюся 25 минут. Расширение весьма узкой шейки матки с ретрофлексией требовало много времени и усилий. Операция прошла благополучно во всех отношениях. Больная не чувствовала боли, которая в таких случаях бывает весьма сильной, спокойно спала, не делала никаких движений, не отмечалось соответствующей реакции со стороны пульса, кровотечение было небольшое. После пробуждения воспоминания об операции отсутствовали.

О благотворном влиянии гипносуггестивной аналгезии сообщает Л. Г. Амфитеатров (1933), который применил этот метод в 256 случаях выскабливания полости матки, причем он и усыплял, и оперировал самостоятельно: в 211 случаях операция была успешно проведена во внушенном сне, в 23 — с предварительной инъекцией морфина и в 22 — под местной анестезией. Приводим пример гипносуггестивной терапии в предоперационном периоде.

2. Больная Л., 28 лет, обратилась по поводу прерывания беременности (третий аборт). Не выносит болевых ощущений. При первом аборте вела себя столь бурно, что врач, проведя в шеечный канал только несколько расширителей, не мог продолжать операции и больная была отправлена в палату.

На следующий день попытка закончить операцию была также безрезультатна, вследствие чего был применен общий наркоз. При втором аборте больная вырвалась из рук санитарок, опрокинула инструментальный стол и упала со стола. Поэтому операция была сделана под общим наркозом, плохо перенесенным больной. При мысли и разговорах

о предстоящем аборте больная приходит в возбужденное состояние. Проведено пять предварительных сеансов словесного внушения ежедневно.

Больная успокоилась, перестала думать об операции, спокойно разговаривает о ней и больше ее не боится. В операционной на столе приведена в состояние внушенного сна. На введение инструментов не реагирует, введено 60 мл 0,25% раствора новокаина. Во время операции лежала спокойно, а после пробуждения самочувствие было хорошее. Больная рассказывала, что слышала и сознавала все, но боли не ощущала и испытывала «совершенно безразличное отношение ко всему происходящему».

Л. Г. Амфитеатров, располагавший огромным хирургическим материалом, также подтвердил указания отдельных хирургов о меньшей кровопотере при применении гипносуггестивной анестезии. Он также указал и на лучшую сократимость матки.

Касаясь ятрогенизма в гинекологии, нужно сказать, что гинекологические больные, действительно, наиболее подвержены ятрогенным заболеваниям. Гинекологи, а нередко и врачи других специальностей, часто в категорической форме высказывают пугающие и травмирующие психику суждения и ставят такие же диагнозы.

«Кто это так вас изуродовал?»— спрашивает гинеколог, обнаруживший у женщины надрыв шейки матки. «У вас загиб матки. Разве Вы не испытываете болей в пояснице?» и т. д. Если в этих случаях, подобных первому, у некоторых больных может развиться реактивная депрессия с целым рядом соматических симптомов, то в случаях, аналогичных второму, развиваются симптомы, соответствующие словам врача, скажем, надолго фиксирующиеся боли, которых раньше не было.

По мнению В. Г. Дика (1927), надо быть особенно осторожным с диагнозом гонорреи, который для некоторых женщин является поистине крушением жизни, тем более что этот диагноз нередко может быть ошибочным. Мысль о гонорее настолько фиксируется у женщины, что, — как говорит В. Г. Дик,— «иногда легче бывает ликвидировать реальную гоноррею в половых органах женщины, чем выселить воображаемых гонококков из ее психики».

Иллюстрацией может служить наше наблюдение над одной девушкой 25 лет, страдавшей психогенными белями. Сельский врач по своей неопытности поставил диагноз «триппер», с симптомами которого больная познакомилась на лекции.

Взволнованная этим диагнозом, она вскоре стала ощущать и другие симптомы, которых у нее раньше не было: боль при мочеиспускании, частые позывы, без каких бы то ни было местных изменений и бактериологических данных. Во власти навязчивого представления о гонорее и об ожидаемых осложнениях больная находилась в течение 2 лет, и лишь психотерапия ей помогла.

Нам пришлось наблюдать 26-летнюю больную, которой врач-гинеколог заявил о возможности бесплодия (по состоянию ее гениталий) в следующей форме: «Ну, матушка моя, хоть вы еще и молодая, но вы — уже погибшая женщина: детей не ждите. Никто и ничто не поможет вам!». В результате психической травмы возникла тяжелая реактивная депрессия с мыслями о самоубийстве. Гипносуггестивная терапия устранила невроз и вернула больной душевное равновесие.

Вопрос о бесплодии является для многих женщин весьма больным вопросом, поэтому форма преподнесения этого диагноза имеет для них существенное значение, тем более что здесь возможны частые ошибки.

Устранение невротических реакций у детей с помощью психотерапии, проводимой в виде сеансов словесного внушения во внушенном сне, обычно дает столь же положительный эффект, как и при лечении взрослых. Мы считаем нужным коснуться именно вопроса о гипносуггестивной терапии подростков, так как многие врачи применение этого метода считают нецелесообразным как якобы «ослабляющего волю и повышающего и без того высокую внушаемость у детей и подростков».

Длительные наблюдения привели нас к убеждению, что это не так и что гипносуггестивная терапия психогенных невротических (а также реактивных психотических) состояний у подростков дает быстрый и стойкий эффект.

1. Юрий П., 11 лет, ученик 4-го класса средней школы, спокойный, уравновешенный мальчик. Приведен матерью с жалобами на чрезмерную раздражительность, непослушание, вспыльчивость, грубость, шаловливость, проказы. Если ему при ссорах с мальчиками не удается как следует «ответить», то по возвращении домой он «впадает в истерику»: падает на пол, бьется об пол ногами и руками, швыряет вещи на пол, бьет окна, плачет. То же происходит и после каких-либо замечаний со стороны матери, к которой относится грубо и недружелюбно. Иногда после замечания матери поворачивался и уходил из дому, несмотря на позднее время. Если после возвращения видит, что мать спокойна и не обращает на него внимания, с озлоблением начинает швырять на пол стулья, книги, подушки, матрац и все, что находится на столе. При этих вспышках обычно кричит: «уйду и не приду!». Затем, после отвлекающих мероприятий со стороны матери, успокаивается, начинает плакать, просить прощения, просит его поцеловать и доказать, что действительно, она его простила.

Такое «нервное состояние» длилось у ребенка около 1 $^1/_2$ лет. Возникло оно после возвращения мальчика из Хабаровска, где он прожил больше года. До этой поездки был здоров и уравновешен. В Хабаровск он был увезен при следующих обстоятельствах: 7 лет назад его отец обманным образом уехал в Хабаровск, где и остался жить, женившись на другой женщине. Юрий, очень любивший своего отца, сильно тосковал. Однажды, когда мать лежала в больнице и должна была оперироваться, приехал отец с другой женой и взял мальчика с собой (с согласия матери, убежденной в своей близкой смерти).

Однако жизнь в Хабаровске для мальчика оказалась тяжелой: он был заброшен, оставался совершенно без надзора, учился плохо, ласки не видел ни от мачехи, ни от отца, который большей частью отсутствовал, а если бывал дома, то Юрий видел его всегда пьяным. Мальчик тосковал по матери, а когда по ее выздоровлении стал с ней переписываться, стремился уехать к ней. Мать приехала и забрала его с собой. С тех пор он своего отца возненавидел. В школе учится хорошо (в числе первых), всегда был на хорошем счету.

Наш диагноз — реактивный истерический невроз. На протяжении 3 недель было проведено семь сеансов психотерапии в состоянии дремоты. Уже после 2-го сеанса мать стала замечать улучшение, а после окончания курса лечения мальчик сделался неузнаваемым: стал уравновешен, спокоен, вежлив, чистоплотен, никаких истерических реакций не замечалось. Положительный катамнез 18 лет.

Таким образом, лечение привело к полному восстановлению преморбидной уравновешенности.

Следующее наблюдение может служить еще более ярким доказательством исключительно важного значения психотерапии.

2. Девочка К., 11 лет, приведена к нам матерью с жалобами на чрезмерную пугливость и нервность. При малейшем звуке, шорохе, шелесте бумаги, колыхании занавески девочка приходит в ужас, дрожит, бледнеет и пронзительно кричит. Каждую ночь, за редким исключением, возникают ночные страхи, сопровождающиеся вскрикиваниями. В последнее время ее особенно пугают «какие-то тихо крадущиеся, издали приближающиеся шаги», которые не дают ей спать. Ко всему этому прибавились рассеянность, вера в предчувствия, предрассудки, отсутствие усидчивости, постоянная боязнь за жизнь матери. Мать никуда не может отлучиться, даже на несколько часов. Такое состояние мучает и саму девочку и она стала настойчиво просить мать повести ее «к шептунам», так как «хочется быть здоровой, а врачи не помогают».

Из анамнеза, письменно изложенного матерью, выяснилось, что при нормальной наследственности девочка до 5-летнего возраста была крепкой, здоровой, чрезмерно подвижной, шаловливой и в то же время очень впечатлительной, развивалась быстро, не по возрасту и не по возрасту реагировала на все происходящее вокруг, чутко улавливала настроения взрослых, в своих требованиях проявляла настойчивость. Ее отец и мать педагоги, весь день отсутствовали, ребенок был всецело под присмотром нянек, часто случайных, непроверенных, няньки запугивали девочку «цыганами», «гадами», «чортом», «богами», «пожарами», «ворами». Эти запугивания вызывались чрезмерной живостью и докучливостью ребенка и низким культурным уровнем нянек. Девочка жаловалась на эти запугивания, последние, несомненно, оставляли след в ее психике, она стала пугливой.

Особенно памятно одно запугивание: девочка рассказала матери, что нянька пригрозила ей, что «сейчас придет бог»; девочка увидала, что из смежной темной комнаты ползет человек, черный, голый, с большой бородой, ползет, крадется, в одной руке держит булочку. Подползает чудовище к шкафу, кладет булочку в шкаф и уползает обратно в темную комнату. Девочка обо всем этом рассказывала с ужасом. После этого она *стала бояться темных комнат и тревожно спать. Как потом выяснилось,* все это было подстроено нянькой.

В последующем, перенеся ряд соматических заболеваний, девочка стала плохо есть, сделалась бледной, плохо спала; капризы, пугливость, трусость усилились, а особенно нервозность, которая доходила до крайности.

В этот период жизнь ее усложнилась появлением в доме бабушки (матери отца). Бабушка была суровой, злой старухой, с предрассудками, предчувствиями и часто запугивала детей. Она плохо относилась и к внучке, и к матери ребенка, настраивая девочку против своей матери. Однажды старуха довела мать девочки до истерики и обморока. Когда мать очнулась, она увидела себя на полу и рядом дочку с перекошенным бледным лицом, с безумными глазами. Девочка была невменяема и ее с большим трудом удалось привести в чувство. С тех пор она стала неотступно следовать за матерью, судорожно держась за ее платье. Достаточно было матери подойти к вешалке, к пальто, чтобы девочка начинала страшно кричать. Ночью у девочки были кошмары, галлюцинации, вскрикивания. *Не успеет ребенок вздремнуть, снова крик.*

Девочку лечили бромом с валерианкой, ванночками, но все это действовало слабо. Она резко похудела, ночные сцены продолжались. Страхи ее были разнообразны: воры, пожары, ведьмы, смерть, но больше всего — опасение за свою мать. Так продолжалось 2 года. Мать, отчаявшись в успехе лечения, перестала ее лечить, надеясь, что «время вылечит», как говорил и врач. К 10 годам девочка стала спать немного спокойнее,

но продолжала всюду следовать за матерью. Училась в школе хорошо.

В конце второго года ее «хождений» за матерью девочка стала проводить время с другой бабушкой (со стороны матери), которая, наоборот, любила детей и отличалась спокойным и умелым подходом к детям. Бабушка добилась того, что девочка стала самостоятельно выходить из дому, а потом стала отпускать и мать. На протяжении полугода она как будто стала успокаиваться, но зимой после гриппа состояние ухудшилось: участились крики по ночам, во сне не перестает двигать ногами, страхи ночью и днем, по ночам спит с матерью. Диагноз: реактивный истерический невроз.

После первых же сеансов психотерапии наступило заметное улучшение: девочка реже стала кричать по ночам, днем на протяжении 4 дней вскрикнула от испуга только 2 раза, перестала «прислушиваться к шагам». Сеансы ей очень понравились, она стала считать дни и часы до следующего сеанса, заявляла, что ей лучше после сеансов: «стало не так страшно». После четырех сеансов девочка окончательно перестала бояться днем всяких звуков и шорохов, спать стала глубже, перестала кричать по ночам, раза два за все время (за 5 последних дней) просыпалась ночью, но уже не кричала, а тихо звала мать к себе; вообще стала как-то веселее, бодрее, относительно спокойнее, меньше капризничала.

После последующих десяти сеансов (в дремоте) ночью стала спать спокойно, без сновидений и криков. Страхов нет, «шагов» не слышит, может оставаться на $1^1/_2$ —2 часа в квартире в одиночестве, свободно входит в темную комнату и остается в ней некоторое время. Отпускает из дому мать, исчезли предчувствия, менее раздражительна, более терпима. Дважды видела тяжелые сновидения, но криков и движений во время сна не было.

Подчеркнем, что детские ночные страхи являются обычно реактивными и обусловлены устрашающими факторами, проявляясь в форме патологического условного рефлекса.

Мы уже рассматривали случаи, когда у взрослых развивалась боязнь похоронных процессий и черных собачек, что объяснялось психической травмой в раннем детстве.

3. Больной Б., 13 лет, очень подвижной, способный, любознательный, дисциплинированный мальчик. В октябре 1942 г. на его глазах немцы убили родителей. Перенес это тяжелое событие без патологических реакций. Работая на заводе, проявил себя способным, трудолюбивым мальчиком. В 1946 г. летом был в пионерском лагере. Но после первого же посещения лагеря родителями других детей у него возникли приступы сумеречных состояний, с переживанием сцены убийства его родителей, а также беспокойный сон, раздражительность, непослушание, драчливость.

Диагноз: реактивный истерический невроз. Проведено семь сеансов гипносуггестивной терапии. После 5-го сеанса психическое равновесие восстановилось, снова стал уравновешен и трудолюбив. В течение 7 лет и в настоящее время (1955) работает на заводе, будучи совершенно здоровым.

4. Больной Н., 12 лет, привезен в психоневрологический диспансер Южной железной дороги в состоянии психического возбуждения с бредовыми идеями величия. Заболел 4 дня назад во время наводнения. Находясь вдали от дома и едва не утонув, он с трудом добрался на лодке до дома, который был в воде до второго этажа. Своих родителей он там не нашел. С того же дня мальчик возбужден, говорит несуразности, высказывает бредовые идеи величия.

Начата гипносуггестивная терапия с внушением спокойного отношения к пережитому. После 2-го сеанса получил длительный (10-часовой) внушенный сон, что привело к значительному улучшению общего состояния. После 4-го сеанса восстановились психическая уравновешенность, ясность интеллекта и хороший ночной сон. После двух добавочных сеансов внушенного сна-отдыха полностью выздоровел и был взят родителями домой.

Спустя 2 года после наводнения в течение 6 месяцев страдал патологической боязнью велосипедистов. Лечение в нервной клинике результата не дало. Однако после двух сеансов гипносуггестивной терапии фобия была устранена.

Таким образом, при невротических заболеваниях детей лечение словесным внушением и длительным внушенным сном также достаточно эффективно.

Нужно сказать, что детские реактивные гиперкинезы тоже хорошо *поддаются словесному воздействию как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне.* Массовое наблюдение, проведенное нами в 1926 г. в диспансере Украинского психоневрологического института совместно с психиатром А. П. Прусенко над больными детьми с реактивно-судорожными симптомами, свидетельствует, что в этих случаях длительный внушенный сон-отдых с соответствующим словесным воздействием может оказать благотворное влияние.

Нам неоднократно приходилось убеждаться в целесообразности психотерапевтического вмешательства не только при психогенной, но *и при инфекционной х о р е е,* когда психотерапия в гипноидном состоянии успешно применялась нами симптоматически вспомогательно, благотворно влияя и на двигательную, и на психическую сферу.

Ночное недержание мочи у детей также можно лечить словесным внушением (как прямым, так и косвенным) в бодрствующем состоянии и во внушенном сне, на что в свое время указывал еще В. М. Бехтерев (1911). Цапперт (Zappert, 1929) также высказался о лечении словесным внушением ночного недержания мочи.

Следует подчеркнуть, что, как показали наблюдения наших сотрудников, *у детей на успешность лечения важное влияние оказывает* как облик врача, так и обстановка, в которой оно проводится. При применении индиферентных средств было отмечено, что лечебный эффект зависел от разнообразных условий, в которых производились лечебные манипуляции. Меньший эффект получался в амбулаторных условиях при участии медсестры, а наилучший — в домашних условиях (особенно при участии врача). Повидимому, эта условность связывается с эмоциональным состоянием ребенка (Я. Езерский, А. Плотичер, А. Фурманов, 1930).

На *положительное значение психотерапии в бодрствующем состоянии и во внушенном сне* указывают наблюдения, сделанные в 1928—1932 гг. в детском отделении диспансера Украинского психоневрологического института, где успешно проводилась индивидуальная и групповая гипнотерапия ночных и дневных энурезов, хореи, гиперкинетических синдромов при «вирусном энцефалите» (наблюдения П. Д. Эпштейн).

В послевоенные годы (с 1948 г. и по настоящее время) в детском отделении Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения применяется гипносуггестивная терапия при инфекционной *хорее и функциональных нарушениях нервной системы.* Сотрудники отделения считают этот метод эффективным и заслуживающим внимания. У больных хореей значительно быстрее наступало общее успокоение и заметно уменьшался гиперкинез.

Заслуживает внимания наблюдение, сделанное в амбулатории при этой больнице над 14-летней девочкой, страдавшей мучительной разлитой функциональной миалгией, остро развившейся после тяжелой ссоры родителей в присутствии девочки. В результате проведенных в амбулаторных условиях девяти сеансов гипносуггестивной терапии этот мучительный синдром был полностью устранен.

Сотрудники упомянутого отделения подчеркивают повышенную внушаемость подростков и безусловную пользу от применения у детей внушенного сна-отдыха. Того же мнения придерживается и Н. И. Красногорский (1951 в.). Физиологический сон, по его словам, оказывает на больного ребенка и на его нервную систему могучее целебное действие. При этом, по его мнению, на данном этапе развития терапии сном в педиатрической клинике особое значение имеет физиологический сон, вызываемый физическими и физиологическими воздействиями, делающими его более глубоким и продолжительным. К таким раздражителям Н. И. Красногорский причисляет словесные воздействия, связанные со сном, как например, сказки, в которых идет речь о сне, и т. д.

Как показали наши данные, невротические состояния и реактивные психозы могут быть предметом именно психотерапии как в бодрствующем, так и во внушенном дремотном состоянии. Некоторые педиатры высказывают опасение, что гипносуггестивная терапия может причинять вред «детской душе» и если рекомендуют применение словесного внушения во внушенном сне, то тем не менее проявляют при этом нерешительность и чрезмерную осторожность. Наши наблюдения исключают все это. Мы считаем допустимым более широкое и более смелое применение в детской клинике гипносуггестивной терапии. Особенно же полезным оказывается длительный внушенный сон-отдых.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Как это в свое время подчеркивал еще А. Г. Полотебнов (1886), «заболевания, развивающиеся вследствие расстройства в периферической и центральной нервной системе, ни в одном органе не наблюдаются с такой легкостью, ясностью и наглядностью, как в коже».

Возможность влияния на физиологические процессы в коже путем словесного внушения привлекала внимание отечественных исследователей еще с 90-х годов прошлого столетия, о чем свидетельствуют работы А. Я. Кожевникова (1895), А. А. Токарского (1892), а позднее К. С. Агаджанянца (1904), В. М. Бехтерева (1911), К. И. Платонова (1930) и его сотрудников.

Так, нам удавалось путем внушения во внушенном сне устранять уртикарную сыпь, возникающую у некоторых людей при еде, например, клубники, раков и т. п. А. И. Картамышев (1942) наблюдал, что под влиянием внушения во внутреннем сне невыносливость в отношении хинина и сальварсана, проявляющаяся в форме крапивницы, исчезала, после чего любые дозы этих веществ переносились уже без каких бы то ни было побочных явлений.

В последние годы весьма существенную роль во внедрении метода словесного внушения в дерматологическую практику сыграли две монографии А. И. Картамышева (1936, 1942), который был первым из советских дерматологов, систематически изучавшим вместе со своими сотрудниками вопрос о лечении словесным внушением кожных заболеваний. Автор приводит многочисленные доказательства возможности успешного лечения различных экзем, псориаза, красного плоского лишая, кожного зуда, крапивницы, бородавок, круговидного выпадения волос, сальварсанных

дерматитов и приходит к выводу о необходимости широкого использования в дерматологии метода словесного внушения.

Наблюдения А. И. Картамышева свидетельствуют о возможности успешного лечения словесным внушением некоторых кожных заболеваний, не обусловленных психической травмой, как, например, бородавки, псориаз, экзема, красный плоский лишай. В дальнейшем данные А. И. Картамышева были подтверждены Н. Г. Безюком (1939), который, кроме того, успешно лечил и другие формы дерматозов — остроконечные кондиломы, полиморфную эритему, узловатую эритему, розовый лишай. В работе Н. Г. Безюка подчеркнута возможность успешного применения при лечении дерматозов также метода косвенного внушения в бодрствующем состоянии.

Из других дерматологов много лет успешно и широко применяют гипносуггестивную терапию при кожных заболеваниях И. И. Потоцкий и И. А. Жуков (1953). В отдельных случаях врачи других специальностей также с успехом используют суггестивную терапию при некоторых дерматозах. Так, из числа наших сотрудников психоневрологов Е. Н. Закаменная (1932) добилась у 10 больных подростков полного исчезновения плоских и вульгарных бородавок, а А. Е. Бреслав устранял экзему годичной длительности сеансами словесного внушения во внушенном сне. Мы уже приводили наблюдения Ф. Б. Цейкинской, которая, используя гипносуггестивную терапию, устраняла островковое выпадение волос, а также данные И. Н. Мураховской об эффективном лечении мокнущей экземы на ноге сеансами словесного внушения. Кроме того, З. А. Копиль-Левина одним сеансом психотерапии устраняла кожный зуд при токсикозах беременности. Е. И. Дубников (1932) также указывает на эффективность гипносуггестивной терапии при лечении экземы. Н. Г. Манойлов (1928) получил положительный эффект у 19 из 23 больных с вульгарными и плоскими бородавками. Токсикозные дерматиты у беременных успешно устранялись словесным внушением акушерами В. И. Здравомысловым (1938) и М. В. Вигдоровичем (1939).

Остановимся несколько подробнее на поразительном по эффективности примере психотерапии тяжелой мокнущей экземы, описанном А. Е. Щербаком и Б. С. Майзелем (1921).

1. Больная Н., 20 лет, страдающая с детства экземой, поступила в Институт физических методов лечения имени Сеченова с жалобами на значительное ухудшение своего состояния. Экзема распространилась на все тело, включая и лицо, и приняла мокнущий характер с выделением серозной жидкости (местами с кровью). Лицо обезобразилось, стягивание кожи лица мешает больной говорить и есть. Ни фармакотерапия, ни физиотерапия результата не дали, и больная, находясь в тяжелом состоянии, дошла до попытки самоубийства.

Психотерапия дала быстрый положительный эффект — экзема исчезла полностью. Следует отметить, что во время сеансов на фоне легкого внушенного сна внушалось лишь «хорошее самочувствие», никаких специальных внушений относительно экземы не делалось.

Больная демонстрировалась на конференции врачей. Она была под наблюдением в течение $1^1/_2$ лет, оставаясь здоровой, несмотря на весьма тяжелые условия жизни.

2. Больной С. направлен на консультацию по поводу дисгидротической экземы кистей, которой он спорадически страдал в течение 6 лет. При тщательном анализе выяснилось, что в 1945 г., будучи капитаном корабля (во время Великой Отечественной войны), он перенес тяжелую психическую травму, после которой у него вскоре развилась экзема обеих рук, лица и туловища. В связи с болезнью он был эвакуиро-

ван для стационарного лечения. После выздоровления он снова был направлен в часть (на корабль), где у него сразу же наступил рецидив экземы.

В дальнейшем больной несколько раз находился на стационарном лечении по поводу экземы, которая рецидивировала каждый раз, как только он возвращался на корабль. Поэтому больной вынужден был перейти на работу в учреждение, после чего в течение 3 лет у него ни разу не наблюдалось обострения экземы. Однако, когда он получил кратковременную командировку на корабль, у него вновь возникла экзема на тех же участках (наблюдение Г. К. Андриасяна, 1952).

Можно утверждать, что у данного больного экзема возникала по механизму временной связи и, следовательно, патогенетически правильным было именно применение психотерапии.

Что касается венерологии, то и в этой области психотерапия также может оказаться необходимой. Так, венерологам известны тяжелые психогенные невротические состояния, возникающие в качестве реакции на заражение той или иной венерической болезнью. Особенно сильно травмирует психику заражение сифилисом. Нередки случаи, когда такого рода реактивное состояние затягивалось на многие годы, принимая хронический характер, а у иных, заканчиваясь глубокой депрессией, вело к самоубийству.

К венерологам нередко обращаются также больные с навязчивыми представлениями о мнимом заражении сифилисом или гонорреей. Нужно сказать, что в таких случаях навязчивость обычно является весьма упорной, особенно у людей с тревожно-мнительным характером и с инертным типом нервной системы. Как показал опыт, в таких случаях весьма полезной может быть психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или во внушенном сне. Конечно, следует оговориться, что положительный результат может быть получен только в том случае, если эта навязчивость имеет функциональный, психогенный характер и развивается по физиологическому механизму внушения или самовнушения, т. е. не является симптомом процессуального психоза (шизофрении, циклофрении). У людей впечатлительных, замкнутых, тревожно-мнительных может развиться ипохондрический синдром: больной с ужасом думает о том, что он «уже успел заразить своих близких, своих детей», или же его преследует мысль, что его заболевание «уже получило широкую огласку», или, наконец, ему кажется, что оно уже вступило в ту фазу, когда его лицо может быть обезображено. В связи с этим у больного тревога за свое будущее, так же как и за будущее его семьи, приобретает характер навязчивости. Так создается картина реактивного невротического состояния, развитие которой обычная санитарная пропаганда далеко не всегда может предупредить и устранить. В таких случаях даже разъяснительная психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии, часто не достигает цели. И только словесные внушения во внушенной дремоте или во внушенном сне могут дать некоторым из них реальную помощь и притом в короткие сроки. Г. В. Робустов особенно подчеркивает вред, который нередко приносят беседы между самими больными во время ожидания приема врача.

Необходимо отметить то обстоятельство, что для определенной категории тревожно-мнительных больных обычные психотерапевтические меры воздействия в таких случаях оказываются явно недостаточными, а система плохо продуманных лекций и коллективных собеседований может привести даже к углублению психогенной реакции. Поэтому следует применять методы индивидуальной психотерапии, учитывая не только уровень развития больного и характера его тревог, но и степень его реактивности, т. е. функциональное состояние высших отделов его нервной системы.

Если при слабо выраженной реакции на заражение какой-либо венерической болезнью может иметь успех разъяснительная, успокаивающая психотерапия, осуществляемая самим венерологом, то в более тяжелых случаях помощь должна быть оказываема психотерапевтом.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ВРАЧА НА КУРОРТЕ

Нужна ли психотерапия на курортах, которые сами по себе представляют комплексный физиотерапевтический и психотерапевтический фактор? Таков не раз задававшийся нам вопрос.

Отвечая на него, нужно сказать, что нам не раз приходилось убеждаться в том, что на каждом курорте, независимо от его специализации, встречаются категории больных, которые нуждаются не только в общей психотерапии в форме успокоения, отвлечения и т. д., а в специальной, индивидуальной психотерапии. Среди них могут быть больные с психогенными неврозами или же страдающие психогенными функциональными расстройствами тех или иных внутренних органов, ошибочно принятыми за органическое заболевание. Из-за неправильной или неточной диагностики в лечебных учреждениях по месту жительства эти больные получают путевки на курортное лечение не по назначению, совершая нередко повторные безрезультатные поездки на тот или иной курорт. Следует также иметь в виду и то немаловажное обстоятельство, что каждый соматический больной зачастую бывает отягощен невротическими наслоениями, обусловленными его основным соматическим заболеванием (соматогенный невроз), в форме более или менее тяжелой психогенной реакции.

Приведем ряд наблюдений из санаторно-курортной практики как нашей, так и наших сотрудников, когда случайное присутствие врача, владеющего методикой психотерапии, оказывало существенную помощь больным, нуждающимся именно в этой форме терапии.

1. Напомним приведенное выше наблюдение: инвалид К., страдавший в течение $2^1/_2$ лет тяжелым постконтузионным травматическим неврозом с «командными» припадками, безрезультатно лечился в санаториях Пятигорска и Славянска и выздоровел после четырех сеансов гипносуггестивной терапии.

2. Больная П., 38 лет, лечилась на курорте Феодосия по поводу «тяжелой формы неврастении с упорной бессонницей». На 4-й день пребывания на курорте направлена к нам на консультацию по поводу постоянного угнетенного состояния, стремления к уединению, отсутствия аппетита, а также по поводу жалоб на тяжелую тоску по внезапно скончавшемуся 4 месяца назад ребенку, постоянных зрительных и слуховых галлюцинаций, усиливающихся в темноте и при закрытых глазах, беспокойного сна, кошмарных сновидений, причем ночью постоянно чувствует около себя ребенка. Ввиду реактивного депрессивно-галлюцинаторного состояния и суицидальных тенденций поднят вопрос о направлении в соответствующую больницу. Во время консультации проведен сеанс гипносуггестивной терапии. Больная оказалась хорошо гипнабильной, ей внушалось успокоение, забвение горя, примирение с потерей ребенка, восстановление жизненных интересов и сниженной работоспособности, уверенность в себе, спокойный ночной сон. После 1-го сеанса наступило резкое улучшение, а после 2-го сеанса исчез весь симптомокомплекс. Положительный эффект двух сеансов произвел сильное впечатление как на медицинский и обслуживающий персонал, так и особенно на соседок больной по палате, которым больная рассказывала о кошмарных сновидениях (снилась болезнь и похороны ребенка). До конца пребывания в санатории хорошо себя чувствовала, была общительна. По сведениям в течение 8 лет была здорова и работоспособна.

3. Напомним другого больного 30 лет, который обратился с жалобами на половую импотенцию, от которой он безрезультатно лечился в течение двух сезонов нарзанными ваннами, электризацией, массажем предстательной железы и пр. Первая неудачная попытка к половому акту породила страх перед возможной неудачей и в дальнейшем. Обратился к нам за неделю до окончания курса безрезультатного курортного лечения. Мы провели 6 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии. Больному внушалось хорошее физическое здоровье, полная необоснованность страха и возможность совершения акта. Эффект получился положительный.

4. Напомним также наблюдение, касающееся больной, у которой в течение 4 месяцев было желудочно-кишечное расстройство в форме «энтероколита». Больная, будучи на курорте, не получила даже облегчения. Соответствующий анамнез показал связь «энтероколита» с острой психической травмой. Проведенные нами два сеанса словесного внушения в легкой внушенной дремоте радикально устранили заболевание.

Мы привели типичные примеры из числа многих аналогичных им. К счастью этих больных, они совершенно случайно смогли получить на курорте необходимую патогенетическую психотерапевтическую помощь в виде гипносуггестивной терапии.

Чтобы показать, в каких случаях и в каких направлениях психотерапия может быть применена в курортно-санаторных условиях, позволим себе привести серию наблюдений, сделанных В. М. Кисловым в Пятигорском санатории № 4.

5. Больная А., 37 лет, поступила в санаторий в тяжелом, подавленном состоянии, с жалобами на потерю интереса к жизни и работе. Больная жалуется, что работает «автоматически», проявляет совершенно безучастное отношение к матери и дочери, сделалась угрюмой и замкнутой. Сон нарушен, каждую ночь просыпается ровно в 1 час. 30 мин. и засыпает с кошмарами лишь под утро. Больна в течение года после пережитого ею в Ашхабаде землетрясения. Когда оно произошло, больная была в клинике. Обезумев от ужаса, она побежала к своему дому и, найдя под развалинами трупы мужа, сына и брата потеряла сознание. С тех пор каждую ночь пробуждается именно в тот момент, когда было землетрясение.

Применена психотерапия в гипнотическом сне с внушением забвения переживаний и спокойного ночного сна. После первого же сеанса ночью не проснулась и спала без кошмаров до 7 часов утра. Проснувшись, охотно пошла на бальнеологическую процедуру, от которой раньше отказывалась, считая такое лечение ненужным. Было проведено семь сеансов словесного внушения. После каждого сеанса улучшение нарастало, причем бальнеотерапия и лечебная физкультура закрепляли полученные результаты. После окончания лечения полностью восстановился сон, вернулся интерес к жизни, труду, выписалась в хорошем состоянии.

6. Больная Р., 40 лет, поступила в санаторий в июле 1949 г. с жалобами разнообразного характера. За свою жизнь была оперирована 5 раз: удалена левая почка, пораженная туберкулезом; проведена аппендэктомия, трепанация черепа по поводу воспаления среднего уха и дважды лапаротомия, одна из которых по поводу внематочной беременности. В 1941 г. пережила психическую травму, в 1943 г. получила ушиб черепа (случайно брошенным камнем) и в течение 2½ месяцев находилась в больнице. Состояние было тяжелое: потеря сознания и речи, недержание мочи, бессонница, постоянные сильные головные боли, ослабление памяти. В дальнейшем больная стала рассеянна, забывчива, замкнута, из-за головных болей ничем не может заниматься, перестала общаться с людьми, ничем не интересуется (депрессивное состояние). Лечилась в течение многих лет

безрезультатно. Осмотр врача всегда мучителен из-за усиливающихся при пальпации разлитых болей в области желчного пузыря, желудка, кишечника, мочевого пузыря, сопровождающихся тошнотой и непроизвольным плачем. Диагнозы: «холецистит», «солярит», «цистит», «мигрень». В конечном итоге больная потеряла веру в медицину, врачей и надежду на выздоровление.

После осмотра и тщательно собранного анамнеза была выявлена психическая травма (измена мужа) и констатирована неустойчивость сомато-психического состояния, обусловленная тяжелыми операциями. После первой же беседы больная была погружена в глубокий сон и проспала 20 минут. Во время сна с помощью словесного внушения были сняты разлитые боли по всему телу, устранены позывы к мочеиспусканию. После пробуждения больная заявила, что «не верит себе, что у нее ничто не болит!». Голова свежая, легкая, исчезло постоянное чувство давления в черепе. В дальнейшем ночной сон был продолжительным и освежающим. У больной восстановилось душевное равновесие и она охотно продолжала лечение. Для закрепления достигнутого успеха проведено 10 сеансов *словесного внушения*, после чего она выбыла из санатория в хорошем состоянии. Из присланных писем видно, что у больной появился интерес к семье, изменилось отношение к мужу, дома стала полноценным человеком, появился интерес к жизни. Через год приехала в тот же санаторий в удовлетворительном состоянии для повторного лечения, заявив, что за год вполне окрепла и не было срывов. Кроме бальнеолечения, повторно проведено (для закрепления) 10 сеансов словесного внушения, после чего она была выписана в хорошем состоянии.

7. Больной С., 43 лет, лечился в Пятигорске в санатории по поводу беспокоящих в течение нескольких лет и усиливающихся при волнениях фантомных болей левого бедра, не стихающих и ночью. Неработоспособен, страдает бессонницей, прибегает к наркотикам.

После трех сеансов словесного внушения во внушенном сне боли прекратились, наступил нормальный спокойный ночной сон. К концу пребывания в санатории силы восстановились, уехал в хорошем состоянии. Через 2 года, приехав для повторного санаторного лечения, сообщил, что за все это время 2—3 раза отмечались легкие боли, не мешавшие работе; сон и самочувствие хорошие.

8. Больная Д., 42 лет, участница Сталинградской битвы, где получила общую контузию и травму позвоночника с вторичными стойкими явлениями пояснично-крестцового радикулита (давность заболевания свыше 2 лет). Больная приехала в Пятигорский санаторий с провожатым, находится на постельном режиме, на бальнеопроцедуры ее носят на носилках. Из-за острых поясничных болей может находиться в кровати только в положении á la vache (как днем, так и ночью), часто прибегая к наркотикам (морфин, пантопон). Нервная система истощена постоянными болями и бессонницей, больная крайне раздражительна, постоянно плачет. Ввиду того что физио- и фармакотерапия положительного эффекта не дали, больная направлена на психотерапию.

После глубокой анамнестической беседы применена симптоматическая психотерапия для устранения болей и бессонницы. Во внушенном дремотном состоянии больной внушалось: «Пережитое вас больше не волнует, боли не беспокоят, самочувствие хорошее, ходить можете без посторонней помощи, вы уверены в скором выздоровлении». Больная после сеанса уже не жаловалась на острые боли, стала самостоятельно себя обслуживать, ходить по палате; лежала в кровати, принимала нормальную позу. Кроме того, она стала пользоваться массажем, от которого раньше категорически отказывалась, и заниматься лечебной физкультурой. После

окончания курса санаторного лечения уехала самостоятельно, в хорошем состоянии, причем боли прекратились, сон восстановился, вернулась нормальная трудоспособность. В течение следующих 2 лет больная приезжала для санаторного лечения с целью закрепить состояние здоровья.

9. Больная М., 37 лет, приехавшая из Тюмени на лечение в Пятигорский санаторий, страдала длительным и сильным маточным кровотечением. В анамнезе острая психическая травма — внезапная смерть мужа. У больной кончился срок лечения в санатории, а ее состояние не давало возможности встать с постели, так как при каждой такой попытке кровотечение усиливалось. Было применено словесное внушение соответствующего содержания, сделанное во внушенном дремотном состоянии. После первого же сеанса психотерапии кровотечение в тот же день прекратилось, больная стала подниматься с постели и ходить по палате, а через 3 дня самостоятельно уехала в Тюмень. Присланное ею письмо подтверждало, что доехала благополучно, здорова и приступила к работе. Положительный катамнез один год, рецидивов не было (согласно письму, присланному ею через год).

Случаи успешного применения психотерапии при фантомных болях, при радикулитах, меноррагиях и пр. в практике курортного врача далеко не единичны. Поэтому курортные врачи должны быть знакомы с методами психотерапии, которые вполне доступны.

В. М. Кислов (1947, 1952) впервые стал широко применять на курортах психотерапию как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне. Его многолетний курортно-санаторный опыт говорит о высокой ценности сочетания бальнеотерапии с психотерапией. Данные В. М. Кислова блестяще иллюстрируют неоценимую пользу психотерапии не только при неврозах, но и в качестве вспомогательного метода при органических заболеваниях нервной и других систем организма. Помимо кабинетов для индивидуальной психотерапии, он организовал групповой гипнотарий.

Выше уже упоминалось, что психотерапия при некоторых кожных заболеваниях была успешно применена дерматологом И. И. Потоцким совместно с его ассистентом И. А. Жуковым (1953) в дерматологическом санатории в Хосте (Сочи — Мацеста). Их наблюдения о роли психотерапии в курортно-санаторных условиях совпадают с выводами В. М. Кислова. Эти авторы считают, что суггестивная терапия (при предварительном выявлении причин, травмировавших психику больных) в комплексе с санаторно-курортными факторами является ценным методом лечения. Одновременно с прекращением кожного заболевания исчезли такие явления, как головные боли, подавленное настроение, улучшился аппетит, сон и т. п. С их точки зрения имеются все показания к широкому внедрению методов психотерапии в санаторно-курортную практику.

Терапевт Н. А. Тюленев (1930), признавая все положительные стороны включения психотерапии в комплексе курортно-санаторных методов лечения внутренних болезней, еще около 25 лет назад говорил о необходимости проведения на курортах психотерапии. В связи с наблюдениями последних лет (1952) он пришел к выводу, что «психотерапия повышает эффективность курортного лечения и она может стать важным способом лечения на курорте». О целесообразности систематического применения психотерапии на курортах говорит также старый отечественный психотерапевт Д. А. Смирнов.

Необходимость внедрения психотерапии в практику курортно-санаторного врача вполне оправдана ее эффективностью. И, действительно, нельзя не поражаться быстроте наступающего в ряде случаев стойкого лечебного эффекта. Не случайно все цитированные выше авторы приходят

к одному выводу, что психотерапия в сочетании с бальнеотерапией ускоряет процесс лечения и выздоровления.

Мы считаем, что психотерапия на курортах должна носить не случайный характер, а органически входить в систему терапевтических мероприятий, проводимых на курортах.

ПРАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Приведенные выше диспансерные наблюдения показывают широкие возможности применения психотерапии не только квалифицированными психотерапевтами, но и врачами всех других специальностей.

Сама жизнь требует, чтобы начинающие врачи периферийных участковых больниц, получившие лишь общее медицинское образование, в нужных случаях использовали психопрофилактику и психотерапию.

Нужно сказать, что методика психотерапии в большинстве случаев несложна и доступна любому врачу. В частности, словесное внушение, применяемое в бодрствующем состоянии или в состоянии внушенного сна, выдвигается самой жизнью.

Условия работы участкового врача имеют некоторые важные особенности.

Участковый врач чаще всего сталкивается именно с самыми начальными стадиями развития невроза, когда они еще не осложнены.

1. Сельский врач А. И. Кнеплер с успехом применил словесное внушение при чрезвычайно сильно выраженной меноррагии, угрожавшей жизни больной и для устранения которой все имевшиеся в его распоряжении средства оказались безрезультатными.

Создав у больной состояние гипнотического сна и используя словесное внушение соответствующего содержания, он полностью устранил меноррагию.

В участковой больнице в одном из районов Донбасса В. М. Кислов (1929) путем психотерапии купировал у больных не только реактивные невротические состояния и вегетативные неврозы с ложно-органическими явлениями со стороны внутренних органов, но и тяжелые реактивные психотические состояния. Им описаны наблюдения, когда необходимость в полостной хирургической операции была исключена вследствие благотворного вмешательства словесного внушения во внушенном сне. Ряд больных с реактивными психозами, с галлюцинаторно-бредовыми состояниями не попадал в психиатрическую больницу только потому, что путем 2—6 сеансов словесного внушения во внушенном сне удавалось изменить отношение больного к пережитой им психической травме и вернуть здоровье и трудоспособность. Приводим примеры из практики В. М. Кислова.

2. Больная И., 39 лет, жаловалась на тяжелое угнетенное состояние, чрезмерную раздражительность, боли в области сердца, отсутствие аппетита. В таком состоянии больная находилась в течение 2 месяцев, причем все виды местного лечения оказались безрезультатными. Выяснилось, что она перенесла крайне тяжелую психическую травму: ее муж в состоянии патологического опьянения изнасиловал их взрослую дочь. Благодаря применению двух сеансов мотивированного словесного внушения, проведенного в дремотном состоянии больной, невротическое состояние было устранено. В дальнейшем нервно-психическое равновесие было прочно восстановлено.

3. Больной П., 40 лет, прислан районным врачебным инспектором для направления в психиатрическую больницу. Больной на приеме угрюм, молчалив, прячется за спину сопровождавшего его брата, при

попытке врача произвести исследование залез под стол. Заболевание возникло 3 месяца назад после нападения на него в лесу с целью ограбления. С тех пор возникла дезориентированность в окружающем, боязнь людей, отказ от еды, слезы, бессонница.

В связи с явной психической травмой больной не был отправлен в психиатрическую больницу. Он получил шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, что привело к быстрому прогрессировавшему улучшению, которое было заметно с первого же сеанса. На последний сеанс больной пришел уже без брата и заявил о своем выздоровлении.

4. Больной Я., 43 лет, поступил с жалобами на крайнюю раздражительность, плохой сон и на «замечаемую им измену жены». По словам жены, последние месяцы раздражен, вспыльчив, подозревает ее в измене, всюду ее преследует, в каждом мужчине видит ее любовника, вечерами сторожит ее, всматривается в окна («любовник должен подать сигнал в окно!»), в каждое движение жены, видя в нем «сигнал любовнику». Подозревает ее в том, что она «. . . живет с нечистым духом». Часто уходит с работы до гудка, чтобы проверить, дома ли она. В последний месяц совсем оставил работу, безвыходно сидит дома, следит за каждым шагом жены. Спит с топором, грозит убить, если она уйдет, измучил ее расспросами об измене. Железнодорожный врач дал направление в психиатрическую клинику. Заболевание развилось после того, как один из знакомых однажды, шутя, сказал ему, что в его жену влюблен их квартирант. Он поверил, вспылил, выгнал в тот же день квартиранта и «с тех пор не житье, а ад». До заболевания жил с женой дружно, женат на ней 20 лет.

Проведено три сеанса гипносуггестивной терапии с последующим внушенным сном-отдыхом, что привело к полному устранению всего синдрома: вышел на работу, был под наблюдением 8 месяцев; рецидивов не было.

5. Больной С., 38 лет, при крушении поезда получил небольшие ожоги и лежал в больнице на станции Бирзула. У него постепенно развились симптомы тяжелого невротического состояния: чрезмерная раздражительность, общее дрожание, упорная бессонница. Направлен в Институт физических методов лечения в Одессу, но после двухмесячного пребывания там вернулся с незначительным (по словам больного, «процентов на 10») улучшением. Помещен вторично в больницу в Бирзуле с тяжелым невротическим симптомокомплексом; необычайно сильно выраженный гипергидроз, резко усиливающийся при каждом волнении, особенно же при расспросах о болезни: на лбу струи пота, увлажненное пóтом белье прилипает к груди и конечностям. Полное отсутствие аппетита, сон $1-1^1/_2$ часа в сутки, упорные запоры. Зрительные псевдогаллюцинации: закрывая глаза, видит картину крушения, эпизоды дня. Попытка приблизиться к паровозу или к железнодорожным путям вызывает неописуемый страх, дрожание, усиление потоотделения (наблюдение В. М. Петрова).

Проведена гипносуггестивная терапия. Во время первого же сеанса заснул быстро и глубоко. Всю ночь после сеанса спал крепким сном; на следующий день — прекрасный аппетит. В последующем наблюдалось общее хорошее самочувствие, отсутствовали гипергидроз и запоры, восстановлен сон. Более трудным было устранение страха при виде поездного состава и железнодорожных путей. После двухнедельного курса психотерапии выписан на работу.

Из дипломной работы В. М. Кислова видно, что ему удавалось успешно применять психотерапию в различных отделениях больницы, устраняя бессонницу и болевые ощущения у соматических больных, проводя

обезболивание при малых хирургических операциях, успокаивая больных в предоперационном периоде, обезболивая роды и т. п. Впоследствии В. М. Кислов применял психотерапию в своей курортной деятельности в Пятигорске.

Касаясь применения психотерапии врачами периферии, мы могли бы привести немало аналогичных наблюдений. Из писем, присылаемых нам из различных мест Советского Союза, видно, что психотерапия проводится не без успеха многими врачами (А. К. Ганиев, Баку; А. К. Трошин, Н. А. Карпова, Свердловск; В. М. Шапиро, Серпухов; кандидат медицинских наук З. А. Копиль-Левина, Новосибирск; кандидат медицинских наук С. Н. Иоффе, Львов; И. С. Мезин, Станислав; И. М. Виш, Тамбов; И. Ф. Пилипенко, Сахалин). Присылаемые ими материалы указывают на возможность исключительно эффективного применения методов психотерапии врачами периферии, в большинстве случаев проводимых ими по собственной инициативе.

Отметим, что возможности, которыми располагает участковый врач в отношении организации психотерапевтической помощи на местах, весьма значительны. Так, М. В. Вигдорович сообщил нам, что в 1941—1944 гг., когда в связи с эвакуацией из Ленинграда он оказался в деревне, ему удалось развернуть большую и интересную работу. Помимо психопрофилактики родообезболивания, он проводил психотерапию заболеваний, вызванных психической травмой (переживания, связанные с войной). Кроме того, его наблюдения показали, что в развитии алиментарной дистрофии значительную роль играет также психическая травматизация. Такого рода больных он успешно лечил с помощью гипносуггестивной терапии.

Итак, многие врачи, работающие в различных областях и районах, настойчиво проводят в жизнь методы психотерапии. Важную роль в этом деле сыграл саратовский гипнолог П. П. Подъяпольский и его последователи В. А. Бахтиаров в Свердловске и Д. А. Смирнов в Алуште, бывшая наша сотрудница И. Н. Мураховская (Ялта). В Тбилиси значительную научно-исследовательскую и лечебно-практическую работу по психотерапии неврозов развернул А. Ф. Гоциридзе (1929, 1936, 1945) совместно с сотрудниками Я. А. Тер-Овакимовым, И. И. Николава, Н. Г. Вешапели и др. Все они — пионеры того большого дела, каким является разработка, обоснование и практическое применение в различных районах нашей родины приемов психотерапии и психопрофилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прежде всего нужно сказать, что приведенный нами лабораторный и поликлинический материал, повидимому, достаточно убедительно иллюстрирует установленное школой И. П. Павлова положение о том, что слово является столь же реальным условным раздражителем, как и все остальные, а вместе с тем и «таким многообъемлющим, как никакие другие». В силу исключительной физиологической и социальной значимости словесный раздражитель занимает в системе высшей нервной деятельности человека совершенно особое место. Слово заменяет, отражает и обобщает смысловое значение конкретных раздражителей внешней и внутренней среды. А вместе с тем оно служит также важным средством создания сложной системы отвлеченных понятий, непрерывно складывающейся в течение многовековой исторической жизни человечества на той же универсальной основе «сигналистики слова».

Представленный материал свидетельствует также о том, что в коре мозга человека, действительно, получают свое отражение все процессы внутренней жизни организма. Поэтому на внутреннюю среду организма человека можно влиять через кору головного мозга. При известных условиях словесный раздражитель способен вызвать к жизни ряд простых и сложных физиологических реакций человеческого организма. Более того, в зависимости от вложенного в него содержания, слово может вызывать в деятельности организма человека развитие самых разнообразных положительных, отрицательных или даже извращенных реакций.

Так можно влиять на состояние водного или углеводного обмена, состояние голода и сытости, на секрецию желудочно-кишечного тракта, терморегуляцию, сосудодвигательную деятельность, на трофические процессы и пр. Наконец, мы можем создавать эндокринно-вегетативные сдвиги, воздействовать на инстинктивную и эмоциональную деятельность и даже, повидимому, влиять на иммунные процессы, изменяя их в ту или иную сторону.

Анализ клинических и амбулаторных наблюдений раскрывает не только возможности эффективного влияния слова на состояние и деятельность коры и подкорки. Наши данные свидетельствуют о значительной эффективности словесного воздействия, производимого как в бодрствующем состоянии, так и в состоянии внушенного сна, если только оно патогенетически правильно построено. Как мы видим, в огромном большинстве случаев психотерапия приводит к успешной ликвидации патологических синдромов.

Каковы физиологические механизмы и на чем основана эффективность психотерапии? Ответ на эти вопросы дает нам физиологическое учение И. П. Павлова.

Кора мозга является органом, устанавливающим временные связи не только с внешним миром, но и с процессами, происходящими во внут-

ренней среде организма. Она представляет собой «грандиозную динамическую систему, которая не только устанавливает условнорефлекторные связи со всеми системами организма, со всеми его тканями и органами, но в которую в свою очередь идут раздражения со стороны интерорецепторов всех внутренних органов. Отсюда понятен огромный диапазон словесного воздействия на самые разнообразные не только физиологические, но и биохимические процессы, происходящие в организме человека.

Кроме того, наш клинический материал показал, что характер функционирования внутренних органов и систем, действительно, зависит от тонуса коры мозга, от уравновешенности основных корковых процессов и, наконец, от правильного функционального соотношения коры мозга и подкорковой области. Так, устранение путем словесного воздействия нарушений функционального состояния коры мозга приводит к нормализации деятельности соответствующих внутренних органов и систем.

Весьма существенное значение для действенного применения психотерапии имеет эмоциональный фактор. Ближайшая подкорковая область, связанная с эмоциями, находится в постоянном взаимодействии с корой. Это приводит к тому, что ближайшая подкорка, посылая мощную импульсацию в кору, заряжает ее, поддерживает тонус коры головного мозга.

Вместе с тем, как это установлено в лаборатории И. П. Павлова, деятельное состояние больших полушарий отрицательно индуцирует подкорку, т. е. в общем задерживает ее деятельность, в то время как задержанное, заторможенное состояние полушарий освобождает или положительно индуцирует подкорку, усиливает общую ее деятельность.

Следовательно, используя внушенные эмоции, мы можем изменять тонус мозговой коры как в сторону его повышения, так и в сторону понижения. Иначе говоря, мы обладаем возможностью в известной мере управлять этим состоянием коры мозга, а вместе с тем и состоянием всего организма.

Таким образом, наш клинический материал дает основание сделать вывод, что в комплекс важных терапевтических приемов, которыми располагает каждый врач, должна входить и психотерапия. Делая такой вывод, мы исходим из положения, что нет и не может быть даже чисто соматического заболевания, которое не сопровождалось бы, главным образом у людей слабого или ослабленного типа нервной системы, теми или иными невротическими наслоениями. Всякое заболевание уже само по себе создает у больного чувство тревоги и неуверенности, приводя его в смущение по поводу того нового и неизвестного, что происходит в его организме. В некоторых такого рода случаях наблюдается даже выраженное невротическое состояние: угнетение, плохое самочувствие, нарушения сна и аппетита и пр.

Уже одно это говорит о том, что элементарная психотерапия — успокоение, ободрение, разъяснение и убеждение — должна применяться каждым врачом. И нужно согласиться с мнением М. В. Черноруцкого (1946), что «хочет этого врач или не хочет, психотерапия с ним неразлучна, и от врача зависит, какая это будет психотерапия».

Учение о слове, а также о неврозах и методах их лечения должно интересовать врачей всех специальностей. Факты весьма убедительно говорят о том, что нет такой клинической специальности, где не применялась бы психотерапия.

Углубленное ознакомление врачей всех специальностей с учением о неврозах необходимо также потому, что с ними весьма тесно связаны психогенные дисфункции различных внутренних органов.

Нередко бывает, что синдром висцеральный, вегетативный или вегетативно-эндокринный создает картину «ложно-органического» заболе-

вания. В таких случаях необходимо искать психогенный фактор. При всех соматических заболеваниях всегда нужно иметь в виду возможность ослабления тонуса коры мозга, чрезвычайно облегчающего развитие невротического состояния.

Поэтому каждый врач при лечении больного, у которого имеется выраженная вегетативная патологическая симптоматика, должен интересоваться возможным психогенезом последней. Это тем более необходимо, что больные весьма часто оказываются носителями нераспознанных психогенных висцеральных заболеваний, вследствие чего нуждаются в соответствующей патогенетической терапии.

Как мы уже отмечали, направление больных с такими «псевдоорганическими» заболеваниями на обычное клиническое или курортное лечение нередко совершенно не приводит к ожидаемому терапевтическому эффекту, ибо эти больные нуждаются именно в строго индивидуализированной психотерапии, а не только в перемене обстановки или в разного рода курортных мероприятиях.

Таким образом, психотерапия, основанная на учете психогенеза и соматогенеза функциональных нарушений высшей нервной деятельности, предполагает не только внимательное отношение к переживаниям больного и к состоянию его психики. Анализируя соматическое заболевание, врач *не должен забывать о возможном психогенном факторе, лежащем в основе* болезни. Кроме того, он должен иметь в виду психогенные наслоения, возникающие как реакция на органическое заболевание, и, наконец, невротическую патологическую симптоматику, которая может развиться у больного психогенным путем, совершенно независимо от его основного страдания, и сильно осложнять клиническую картину заболевания.

С диагностической точки зрения, психотерапия также имеет большое значение. Уже сам факт положительного влияния психотерапии может в таких случаях служить важным доказательством функциональной природы заболевания и тем самым оказать помощь при его диференциальной диагностике.

Психотерапия, таким образом, дает ответ на вопрос, являются ли неврозы заболеваниями с якобы «пока еще не открытыми микроструктурными, морфологическими изменениями» (Раймонд, Штрюмпель).

Из учения И. П. Павлова следует, что неврозы имеют функциональную природу и речь может итти лишь о возможном перерастании функционального нарушения в нарушение структурное, т. е. в органическое.

Мы наблюдали немало случаев полного восстановления функций внутренних органов и систем после соответствующей психотерапии. Эти примеры свидетельствуют о том, что в данных случаях патология соответствующих органов была вызвана исключительно лишь нарушением корковой регуляции их деятельности.

В этой связи важно отметить, что значительная, иногда даже многолетняя, длительность патологического состояния отнюдь не препятствовала быстрому лечебному эффекту психотерапии. Кроме того, после быстрого восстановления нарушенных функций желудочно-кишечного тракта больных тотчас же переводили со строгой пищевой диэты на обычную без *каких-либо последующих осложнений*.

Психотерапия как патогенетический метод лечения функциональных расстройств высшей нервной деятельности должна вскрывать условия, предрасполагавшие и вызвавшие невротическое заболевание, его патологическую структуру и патологическую динамику, устранять факторы, функционально ослабившие кору мозга, и содействовать повышению ее общего тонуса. Кроме того, ее назначение — устранять патологические динамические структуры и создавать взамен их нормальные корковые

отношения. В конечном итоге она должна профилактически предохранять от возникновения функциональных нарушений в будущем.

Физиологически обоснованная психотерапия является активным вмешательством врача в состояние корково-подкорковой динамики у больного.

Таким образом, психотерапия представляет один из весьма важных видов лечебно-профилактической деятельности врача. Поэтому ее роль и значение должны получить полное признание.

Все приемы психотерапии научно объяснены. Речь идет об элементарном утвердительном (императивном) внушении в бодрствующем или гипнотическом состоянии коры мозга, сложном мотивированном воздействии словом (убеждение, разъяснение) в бодрствующем состоянии, во внушенной дремоте или сне, так же как и о широком анамнестическом анализе высшей нервной деятельности больного, представляющем существенную часть психотерапии. Эти методы имеют право на существование и применение как раздельно, так и комбинированно.

В отношении применения тех или иных приемов психотерапии необходим индивидуальный подход.

Мы обычно применяем комбинированный метод психотерапии. Она начинается с более или менее углубленной анамнестической беседы и ряда таких бесед с целью выяснить характер заболевания. Анамнестическая беседа является существенной частью психотерапевтического подхода к больному, и в особенности при неврозах. Во время этой беседы устанавливается положительный контакт врача с больным, возникает доверие больного к врачу, а главное, больной становится откровенным с врачом.

Дальнейшими элементами комбинированной психотерапии последовательно являются психотерапия в бодрствующем состоянии (разъяснение и убеждение), затем внушение в гипнозе для закрепления сказанного больному в бодрствующем состоянии и, наконец, внушенный глубокий отдых в том же состоянии гипноза.

Одним из важных элементов психотерапии является сама формула словесного внушения. Задача врача заключается в том, чтобы коротко, четко и патогенетически правильно составить текст разъяснений, убеждений или внушений. Центральным ядром формулы должно быть внушение больному спокойного отношения к событиям, травмировавшим его психику. Таким путем наиболее эффективно устраняется (затормаживается) действие основного невротизирующего фактора. Внушенный «глубокий отдых» также является важным приемом лечебного воздействия. Он обеспечивает возможность быстрейшего восстановления нормальной деятельности коры головного мозга.

Нужно сказать, что приписываемые методу гипносуггестивной терапии вредные влияния на больного, якобы ведущие к развитию «неустойчивости личности», «рабской подчиняемости», ослаблению воли, повышению внушаемости, патологическому тяготению к гипнозу и т. п., нами не наблюдались.

В заключение следует отметить, что мы, конечно, не ставили своей задачей дать исчерпывающее изложение всех проблем психотерапии. Мы стремились привести лишь исходные факты и вытекающие отсюда выводы, которые могут помочь дальнейшей работе в этом направлении.

Вместе с тем мы пытались сделать все, от нас зависящее, чтобы надлежащим образом обосновать пути и методы психотерапии и психопрофилактики и показать действенность их применения в лечебной медицине.

Мы вполне отдаем себе отчет в том, что дальнейшее успешное развитие сложной проблемы неврозов и их психотерапии возможно лишь путем длительной совместной творческой работы физиологов и клиницистов, проводимой на основе данных физиологии высшей нервной деятельности.

ПРИЛОЖЕНИЕ

РАБОЧАЯ СХЕМА ГЛУБИНЫ ВНУШЕННОГО СНА

Для определения глубины внушенного сна мы пользуемся рабочей схемой, предложенной Е. С. Катковым (1941).

Автор выделяет три основных стадии глубины внушенного сна, что отвечает прежним схемам В. М. Бехтерева. Каждую из них он подразделяет, исходя из свойственных им физиологических показателей, на три степени. Таким образом, выделяется девять степеней глубины внушенного сна. Каждая из них имеет свои отличительные признаки по степени расчленения коры мозга на сонные и бодрые пункты.

Все это относится как к характеру деятельности отдельных анализаторов, так и к условиям взаимодействия между собой обеих сигнальных систем и подкорковой области. Рабочая схема имеет определенный интерес и практическую значимость, в частности, она дает возможность определить степень гипнабильности усыпляемого, учитывать степень углубления внушенного сна в последующих сеансах, выяснить зависимость эффективности психотерапии от глубины внушенного сна и, наконец, во всех случаях пользоваться единой схемой определения глубины внушенного сна.

Первая стадия

Первая стадия гипноза характеризуется прогрессивно нарастающим снижением тонуса коры мозга. Изменившиеся соотношения процессов возбуждения и торможения создают условия для иррадиации торможения, которое начинает захватывать кинэстезический анализатор и вторую сигнальную систему.

Вторая стадия

Тонус коры падает. На фоне изменившихся соотношений процессов возбуждения и торможения возникает зона раппорта. Разлившееся торможение выключает кинэстезическую систему (каталепсия). Кроме того, наблюдается иррадиация торможения на другие анализаторы, и в первую очередь на кожный (самопроизвольная аналгезия). Возникает уравнительная фаза.

Третья стадия

Зона раппорта формируется полностью. Выключение второй сигнальной системы, кроме пункта раппорта. Развитие парадоксальной фазы. Все бóльшая «разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры» (И. П. Павлов) с амнезией после пробуждения.

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I_1)

Первая степень первой стадии характеризуется начинающимся ослаблением тонуса коры мозга и субъективным ощущением приятного покоя (его можно трактовать как исходное прегипноидное состояние).

Показатели первой степени первой стадии

1. Усыпляемый испытывает только покой.
2. Тяжести в теле не чувствует (некоторые отмечают весьма приятное состояние легкости).
3. Окружающее слышит и контролирует свои мысли.
4. Полное сохранение всех видов чувствительности.
5. Внушение двигательных реакций (движения руки) легко реализуется.
6. Усыпляемый легко выходит из этого состояния.

Данная степень может квалифицироваться как покой с закрытыми глазами (больной их закрывает по требованию врача). В этом состоянии ведется психотерапия по методу Бехтерева-Бернгейма (бодрствование в покое с закрытыми глазами).

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I_2)

Более ярко выступает картина нарастающего снижения тонуса коры и торможения кинэстезической системы. При усыплении обычно постепенно закрываются глаза. Усыпляемый отмечает, что он чувствовал не только покой, но и нарастающую тяжесть, усталость в теле (часто указывает на отдельные конечности).

Показатели второй степени первой стадии

1. Глаза сами закрылись, но при проверке легко открываются.
2. У некоторых людей наблюдаются глотательные движения.
3. При прикосновении к руке усыпляемого в ней тотчас же возникает активное нормальное напряжение (достаточно слегка поднять руку и она активно напрягается и активно возвращается в прежнюю или другую позу). Этот симптом чрезвычайно важен для объективного определения наличия или отсутствия расслабленности мускулатуры, специфичной для развивающейся сонливости, и служит показателем наличия или отсутствия начального гипнотического состояния.
4. Внушения двигательных реакций довольно легко реализуются, хотя и отмечается некоторое увеличение латентного периода.
5. Окружающее слышит и активно воспринимает.
6. Все виды чувствительности сохранены.
7. Усыпляемый легко выходит из данного состояния (как бы «стряхивания» его с себя).

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I_3)

Тонус коры резко снижается. Изменившиеся соотношения процессов возбуждения и торможения создают условия для дальнейшей иррадиации торможения и более глубокого угнетения кинэстезического анализатора и второй сигнальной системы.

Показатели третьей степени первой стадии

1. Усыпляемый отмечает нарастающую дремоту и сонливость, вялость течения мыслей («не хочется думать»).
2. Большая тяжесть в теле. Мышцы расслабляются.
3. Осторожно поднятая рука бессильно падает.
4. Усыпляемый не может открыть век и двигать руками (если движения удаются, то как бы с трудом).
5. Реализация моторных внушений резко затрудняется, последние часто не реализуются.
6. На вопрос о самочувствии усыпляемый или медленно отвечает (большой латентный период), или молчит (торможение речи).
7. Окружающее слышит. Важно помнить, что у выведенного из этого состояния усыпляемого сохраняется уверенность, что он и сам мог бы выйти из этого состояния (открыть веки, двинуть рукой), но, как правило, этого не происходит («не хочется»)

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (II_1)

Вторую стадию, как мы видели, характеризуют четко выступающие явления иррадиации торможения, наличие явлений каталепсии и аналгезии, а также появление «переходных состояний».

Первая степень второй стадии отличается падением тонуса коры. Торможение кинэстезического анализатора и второй сигнальной системы проявляется более ярко. Для второй стадии характерны нарастающие явления каталепсии.

Показатели первой степени второй стадии

1. Усыпляемый отмечает выраженную сонливость («непреодолимо клонит в сон») и затруднение движений.
2. Дыхательные движения выравниваются (дыхание делается ровным и спокойным).
3. Появление легкой каталепсии (поднятая рука остается недолго в воздухе и в силу своей тяжести медленно опускается; при попытке ускорить опускание в руке субъекта чувствуется легкое противодействие).
4. Вызвать внушенные стереотипные движения (например, покачивание руки, стоящей на локте) не удается. Если реализация наступает, то с большим латентным периодом после повторных настойчивых внушений. в рез-те углубления?
5. Внушения двигательных реакций не реализуются.
6. Окружающее слышит, но интерес к нему падает.

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (II_2)

Вторая степень второй стадии представляет еще большее углубление предыдущего состояния. Полное торможение кинэстезической системы (восковидная каталепсия). Торможение других анализаторов, в частности, кожного (самопроизвольная анальгезия). Более выраженное торможение второй сигнальной системы.

Показатели второй степени второй стадии

1. Усыпляемый заявляет, что он спал (резкая сонливость), отмечает «скованность» двигательной сферы.
2. Восковидная каталепсия (flexebilitas cerax).
3. Ослабление кожной чувствительности (самопроизвольная аналгезия). Последнюю можно значительно усилить внушением.
4. Внушения двигательных реакций реализуются, латентный период укорачивается.
5. Появление медленно реализуемых стереотипных движений (начавшееся автоматическое движение скоро слабеет и прекращается).
6. Внушенные иллюзии не реализуются.

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (II_3)

Функциональные свойства нервной клетки меняются и появляются фазовые явления. Уравнительная фаза (слово и реальный раздражитель при закрытых глазах как бы уравновешиваются, при открывании глаз берет верх реальность). Углубляется торможение второй сигнальной системы (начинается реализация внушенных иллюзий с закрытыми глазами).

Показатели третьей степени второй стадии

1. Усыпляемый отмечает полное исчезновение собственных мыслей и начинает слышать только гипнотизера.
2. Часто наблюдается тетаническая каталепсия (рука пружинит).
3. Внушение как активных двигательных реакций (движение медленно, отдельными толчками), так и пассивных (невозможность разжать кулак, двинуть рукой) *реализуется хорошо*.
4. Стереотипные (автоматические) движения хорошо выражены и проявляются длительно.
5. С закрытыми глазами начинается реализация внушенных иллюзий.
6. Внушенная анестезия слизистой носа реализуется (нашатырный спирт).

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III_1)

Проявляется превалирование первой сигнальной системы. Иллюзии с закрытыми глазами реализуются полностью и легко вызываются во всех анализаторах, кроме зрительного и отчасти слухового. Исчезает самопроизвольная каталепсия (четко проявляется симптом Платонова — поднятая рука быстро падает).

Показатели первой степени третьей стадии

1. Исчезает самопроизвольная каталепсия.
2. Иллюзия с закрытыми глазами вызывается полностью (кроме зрения и слуха).
3. Вызываются галлюцинации при раздражении кожи, носа и языка (при закрытых травмах).
4. Вызываются ощущения голода, жажды.
5. Амнезии нет.
6. Внушения двигательных реакций всех видов хорошо реализуются (короткий латентный период).

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III_2)

Вторая степень третьей стадии характеризуется почти полным торможением деятельности второй сигнальной системы. С закрытыми глазами вызываются все положительные галлюцинации.

Показатели второй степени третьей стадии

1. Положительные галлюцинации зрительного типа ярко реализуются («ловит бабочек с закрытыми глазами»).
2. Открытие глаз у некоторых усыпляемых разрушает галлюцинации и часто наблюдается пробуждение.
3. Частичная амнезия (субъект с трудом вспоминает проведенный сеанс).
4. Внушения двигательных реакций всех типов (пассивные и активные) легко реализуются.

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III_3)

Третья степень третьей стадии характеризуется полным изолированным раппортом. Выключение второй сигнальной системы, кроме пункта раппорта. «Разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры» (И. П. Павлов) с амнезией после пробуждения. Слово сильнее реального раздражителя.

Показатели третьей степени третьей стадии

1. Положительные и отрицательные галлюцинации всех типов при открытых глазах.
2. Положительные и отрицательные галлюцинации реализуются постгипнотически.
3. Реализация «нелепых» постгипнотических внушений.
4. Полная амнезия после пробуждения.
5. Легко реализуется «трансформация» возраста (перевод в детское состояние).
6. При открытии век — глаза мутны, влажны.
7. Возможность вызывания «молниеносного» гипноза.

ИСТОРИЯ РОДОВ[1]

(Наш первый опыт родообезболивания внушением)

Наш случай родов в состоянии постгипнотического внушения касается З., студентки 4-го курса медицинского института, сознательно относящейся ко всем своим ощущениям, умеющей подметить и передать все их детали. История проведенных родов написана самой роженицей.

«Когда выяснилось, что я должна ждать ребенка, мне сейчас пришло в голову, что очень интересно было бы попробовать провести роды под гипнозом. Муж живо поддержал меня в этом намерении, и мы оба, шутя, говорили, что если я даже и рискую чем-либо, то все же следует для науки поставить этот опыт; и мое положение медички, работающей в этом направлении, меня обязывает. Я решила поговорить с проф. П. и предложить на его усмотрение мое намерение.

Беременность моя началась в феврале и протекала легко. Первые месяца полтора ощущались слабость, тошнота, и я занималась с трудом, но потом все как рукой сняло и я чувствовала себя совсем здоровой. Мысли о родах приходили часто: «как-то все будет?»

Мой возраст (32 года), первый ребенок, — все говорит за то, что будет нелегко, а тут еще перед глазами недавние примеры двух приятельниц, которым их дети достались с большим трудом. Когда я начинала все эти разговоры, муж неизменно, полушутя, говорил: «Да, ведь ты же будешь под гипнозом». И мысль на этом как-то невольно прерывалась, успокаивалась, дальше не думалось. Наблюдение за течением беременности я поручила д-ру Ш., к которому являлась через указываемые им промежутки. Он находил, что все идет совершенно нормально. На лето мы выезжали из Харькова ($1^1/_2$ месяца провели под Харьковом и месяц в Ялте), вернулись 5 сентября; роды нужно было ждать в конце октября или в начале ноября.

По возвращении я решила приступить к выполнению своего плана относительно опыта. Сначала я переговорила с своем намерении с доктором Ш. Он живо заинтересовался и сказал, что готов с большим удовольствием предоставить возможность провести этот опыт в его больнице. За время беременности я говорила со многими знакомыми о своем желании подвергнуться гипнозу и почти никогда не встречала сочувствия. Все находили это чрезвычайно неблагоразумным: «такая темная область»... «неизвестно, как отразится на ребенке», «а вдруг процесс родов затянется», «схватки будут ослаблены» и т. д. Прежде чем итти к профессору П., я решила поговорить с некоторыми врачами, сведущими в соответствующих областях. Меня интересовало мнение специалистов относительно возможного влияния гипноза на плод, на процесс родов и пр. Психиатр д-р У. уклонился от ответа, говоря, что он мало знаком с гипнозом, он той немецкой школы, где скептически относятся к этому вопросу, так что он не может высказаться ни за, ни против опыта. Гинеколог М. также не взялся сказать из-за недостаточного знакомства с вопросом, как гипноз может повлиять на ход родов и отразиться на ребенке. Все же, несмотря на почти единодушное осуждение и в лучшем случае скептическое отношение к моему намерению, я решила поговорить с профессором П. Первым вопросом профессора, когда я сказала ему о моем желании провести роды под гипнозом, было: «а зачем это вам? Вы очень боитесь родов?» Я сообщила, что мной руководит только желание произвести научный эксперимент. На мой вопрос о риске в отношении ребенка он сказал, что неблагоприятного влияния быть не может. Профессор охотно согласился произвести опыт, но только в том случае, если я поддамся гипнозу, что он должен определить на первом сеансе,

[1] К. И. Платонов и М. В. Шестопал, Внушение и гипноз, Государственное издательство Украины, 1925, стр. 24.

время которого он мне сейчас же и назначил. Раньше гипнозу я никогда не подвергалась.

Я с большим интересом и охотой и с полным внутренним спокойствием ждала этого сеанса, он заключался в следующем. Профессор предложил мне лечь на кушетку, завел метроном и заставил фиксировать взгляд на блестящий шарик своего докторского молоточка. Приближая его к глазам, говорил: «Вам хочется спать, веки ваши тяжелеют, дремота овладевает вами, вы засыпаете, вы спите». Я действительно невольно закрыла глаза с чувством, что не могу их больше открыть, дыхание непроизвольно стало глубоким. В то же время я слышу стук метронома, шаги профессора и его слова: «Вы можете глубоко заснуть, спите, руки и ноги ваши тяжелеют, вам сейчас очень хорошо, легко»,— и у меня на самом деле необыкновенно приятное самочувствие: спокойно, чувство отдыха. Профессор продолжает: «ничто вас не волнует, предстоящие роды вам не страшны, они пройдут у вас нормально, очень легко и безболезненно, вы относитесь к ним совершенно спокойно. Наооорот, вас радует это событие. Засыпайте глубже! И с каждым разом вы будете все глубже и глубже и больше поддаваться моему в желаемом вам направлении внушению». У меня ощущение, что мне хочется совсем заснуть, но мешает стук метронома, шаги профессора и иногда движение плода. «Вы не ощущаете кушетки, на которой вы лежите, вам легко, приятно и хорошо». Я мысленно повторяю: «мне легко, приятно и хорошо», и действительно: я ощущаю чувство необыкновенной легкости. Сеанс продолжался минут 20. «Теперь, когда я буду считать до трех, вы должны просыпаться, скажу „три" — вы проснетесь и будете чувствовать себя хорошо, отдохнувшей и бодрой. Раз, два, три»... Я открываю глаза и, как ни в чем ни бывало, поднимаюсь с кушетки.

Профессор считает, что я поддаюсь гипнозу, и решает продолжать опыт, считая нужным потренировать меня до родов, проведя несколько таких сеансов. Я внимательно следила за собой: не будет ли каких-либо последствий после сеанса, не отразится ли он как-нибудь на мне или не повлияет ли на плод. Но абсолютно ничего не могла заметить, кроме того, что, выйдя от профессора и дожидаясь трамвая, и затем дорогой я несколько раз позевывала. Ни тяжести в голове, ни слабости не было. В движении плода не заметила никакой разницы. Настроение было совершенно ровное, и ночь потом провела великолепно.

Второй сеанс и затем последующие (всего было 8 через два-три дня) в общих чертах повторяли первый. Профессор погружал меня в дремотное состояние сначала при помощи фиксирования взгляда на молоточек, но через два сеанса — без этого, а просто словами тоном приказания: «Спите, вам хочется спать, засыпайте», и самым спокойным тоном, расхаживая по комнате, говорил: «Роды у вас пройдут безболезненно. Этот физиологический акт по существу не должен быть болезнен, просто женщинам внушен издавна страх к нему. Вы не будете бояться, схватки у вас будут интенсивны, правильны, но боли вы ощущать не будете. Ничто вас не волнует, вам легко, приятно и хорошо». Погрузиться в глубокий сон так, чтобы потерять сознание, мне ни разу не удалось: на последних сеансах дремотное состояние было значительно глубже, чем на первых, но все же обрывки мыслей меня не покидали. При словах «засыпайте глубже» и при легких поглаживаниях по лбу и по волосам дыхание становилось очень глубоким и минутами сон как будто сковывал, но затем слова профессора или какие-нибудь звуки (шаги) будили внимание.

Часто мысль вращалась вокруг того, что со мной происходит, я анализировала явления. Например, я думаю: «Как любопытно, вот я не сплю, между тем дышу, как глубоко спящий человек, такого ощущения в обычное время нельзя испытать» или, «как это поразительно: при всем желании я не могу поднять век или, слушая слова профессора "вам сейчас очень хорошо", я как бы заглядываю внутрь себя и констатирую, что действительно мне очень хорошо». Однажды на третий или четвертый раз я, дожидаясь очереди в приемной и услышав из соседней комнаты стук метронома, с удивлением заметила, что меня клонит ко сну, голова опустилась на руки и я задремала так, как это бывало на сеансах. Когда пришла пациентка и сказала мне, что можно итти к профессору, я с большим трудом поднялась и, держась за стены, ощупью сделала несколько шагов до кабинета профессора и со словами «я совсем сплю» опустилась на кушетку и по предложению профессора погрузилась в свое обычное состояние. Метроном в последние сеансы не заводился. Раза два профессор пробовал внушить мне потерю кожной чувствительности, испытывая ощущение колесиком с зубчиками и булавкой. По его приказанию я не ощущала колющих зубчиков. Также меня поразило, когда он как-то сказал, что теперь я не смогу поднять руки, так она отяжелела, и когда я делала большие усилия, действительно не смогла поднять руки. Позывы на зевоту были еще только после второго сеанса, потом этого не наблюдалось. Попрежнему никаких болезненных проявлений после сеансов я не наблюдала. Да и трудно было их ожидать: так просто и естественно все было, ничего насильственного, форсирующего.

Настроение у меня в последнее время было великолепное (я как-то сказала профессору, нужно ли приписать это его внушению, но только у меня удивительно спо-

койное, приятное настроение). Покой и радость как бы переполняли меня, ни одной неприятной мысли. Некоторые знакомые подмечали у меня «блаженное» выражение лица. О родах как о чем-то страшном мне и в голову не приходило думать. Эта часть была как будто задернута завесой, которая не позволяла за нее проникнуть. Мне просто было хорошо, а роды... и здесь стоп, дальше не думалось. Не могу сказать, чтобы у меня была уверенность, что они будут безболезненными, просто, точно атрофировалась моя способность думать о родах и что-либо переживать относительно их.

Отметила такую подробность: когда я раньше ходила к д-ру Ш. на консультацию или когда вообще проходила мимо его больницы, где я решила рожать, всегда как-то жутко становилось: «Вот здесь... что-то будет»... А теперь я пришла к нему (за три недели до родов) и ничего не подумала и было даже радостно. И я с удивлением это констатировала — вот мне совсем не страшно. Не приходило мне также в голову, что я уже под влиянием внушения, мое состояние казалось мне более чем естественным. К сеансам я относилась, как к любопытному опыту — каков будет результат при родах?

До самого последнего дня я исполняла все нужное по дому и старалась побольше успеть в институте — бывала на практических работах и некоторых лекциях.

В понедельник 29 октября вечером часов в 9, сидя с мужем за чаем, я почувствовала, как будто схватку. Внутри как будто что-то сжалось. Я сказала ему об этом и мы посмеялись: вот было бы хорошо, если бы такие схватки были все время — без боли. Но я серьезно не отнеслась к этим ощущениям. Не могла себе представить, что схватки могут быть совсем без болезненных ощущений. Мне говорили, что дело начинается с ломоты в пояснице или боли в животе. Подобные «схватки» я ощущала еще раза два до сна, потом спала всю ночь, как всегда, совершенно спокойно. Утром подобные ощущения повторились, но я продолжала не придавать им никакого значения, поскольку элемент боли совершенно отсутствовал — было ощущение просто спазма в животе; я могла его приписать явлениям со стороны кишечника. Мы с мужем продолжали шутить: а вдруг это схватки, и я не успею дойти до больницы, так все здесь и кончится,— может быть это гипноз так действует? Но мы были очень далеки от мысли, что это «может быть» и на самом деле так.

Я поехала к профессору П. По дороге я заметила, что все же что-то не ладно — пожалуй, ощущение тяжести, некоторая слабость и опять изредка что-то сжимается внутри, так что я инстинктивно останавливалась.

Сеанс прошел обычно. Я в состоянии полного покоя и благополучия выслушивала знакомое «вам легко, приятно и хорошо, схватки вам будут даже приятны... роды пройдут безболезненно» и т. д.

После сеанса на приглашение профессора прийти через два дня, я ему сказала, что боюсь, как бы сегодня уже не было в последний раз, я ощущаю что-то неладное. Мы с ним сговорились, что, когда я пойду в больницу, дадим ему знать.

Схватки продолжались попрежнему, без всяких болезненных ощущений; я называла их схватками в шутку, так странно было бы принять их за действительные схватки.

У меня в этот день как раз скопились хозяйственные дела — пильщики распиливали и приносили в квартиру дрова, что продолжалось до темноты, девушка возилась с бельем, мне целый день пришлось толочься в кухне на ногах с уборкой и я ни разу не присела. Пришел муж со службы, я ему рассказываю, что мои «схватки» участились: иногда минут через 10—15, иногда через большие промежутки, но все только ощущение спазма или позыва на низ, и еще уплотняется стенка живота. Поскольку не было не только больно, но хотя бы чуточку чувствительно, мы опять не придавали значения этим явлениям. Я помню, у моей приятельницы схватки, и настоящие, с сильной болью, начались за две недели до родов — доктор сказал, что это был подготовительный период. Я согласилась считать, что у меня тоже начинается подготовительный период, который, конечно, будет длиться долго. Но соседка настоятельно советовала мне пойти показаться доктору. Я решила принять ванну, и потом, может быть, отправиться. Но после ванны мне не захотелось итти, погода была ужасная: лил дождь; мы с мужем решили, что если будет что-нибудь серьезное, то ночью поедем в больницу.

Выделения продолжались, участились позывы на мочеотделение, схватки мои участились. Я легла спать в несколько приподнятом настроении: а вдруг, действительно, нужно уже поехать в больницу. Страха, волнения я не испытывала ни в самой малой степени. На душе в глубине спокойно, спокойно. Я совершенно искренно говорила: «Хотя бы подождать до утра и выспаться еще одну ночку, а то потом с ребенком начнутся бессонные ночи»... Мы с мужем по часам следили за схватками: минут через 5, через 7, иногда через 10 я говорила: «Вот опять начинается»; ощущение продолжалось одну-две минуты и потом я говорила: «Вот отпустило». И мы продолжали шутить: «Если это действие гипноза, то это замечательно! Но серьезно я не могла думать, что гипноз уже может проявлять свое действие. Я почему-то представляла себе, что уже в больнице, когда мне будет больно, придет профессор, погрузит меня в обычное дремотное состояние и внушит, что мне не больно.

Потом я засыпала, но сначала довольно часто просыпалась, схватки все продолжались. Часам к трем они участились и сделались интенсивнее (попрежнему абсолютно без всяких болезненных ощущений), сразу увеличилось количество слизистых выделений, появились очень частые позывы на мочеиспускание.

Утром, это было 31 октября, пришла моя коллега, однокурсница С., бывшая фельдшерица и акушерка. Я рассказываю ей все, что со мной происходит; она говорит, что, повидимому, начинаются роды, и все удивляется, почему мне не больно. Я хожу, болтаю и только время от времени с веселым видом сообщаю, «вот опять начинается схватка».

В три часа мы с мужем отправились пешком к доктору. Погода была хорошая, и я с большим удовольствием прошлась до больницы. По дороге (ходьбы минут 15—20) я раза три останавливалась — пресловутые схватки. Настроение было великолепное — спокойное и веселое,— не хотелось уходить с улицы. Д-р Ш., освидетельствовав меня, сказал, что роды уже идут, произошло раскрытие матки на $1^1/_2$ пальца, шейка матки укоротилась, края ее истончали, т. е. я проделала уже большую работу. Поскольку я себя так хорошо и бодро чувствую, он может мне разрешить, если я хочу, пойти домой часа на два, но через два часа необходимо быть уже в больнице. Я, конечно, обрадовалась перспективе еще пройтись, еще пробыть на свободе хотя бы два часа. Я зашла к соседке по комнате (жена профессора М.) и рассказываю ей свой необыкновенный случай. Мы с ней заговорились, и я совсем незаметно провела у нее полтора часа, сидя на диванчике. Беседуя, я время от времени, улыбаясь, сообщала ей: «Вот опять схватки». Я заметила, что схватки интенсивнее и дольше, но попрежнему не сопровождались никакими, хотя бы незначительными болевыми ощущениями. Она поразилась и рассказывала, как ей было больно, когда появилась на свет ее девочка. Теперь и я была склонна думать, что, очевидно, внушение профессора уже играет здесь роль, и мне стало столь приятно, столь интересно и весело за собой наблюдать. Муж застал меня еще в гостях. Мы с ним пообедали и отправились уже с вещами на извозчике в больницу. Ехала я в самом приятном настроении. День был тихий, теплый, сидеть рядом с мужем было так уютно, на душе было так хорошо, и я несколько раз повторяла: «Я удивительно хорошо себя чувствую» —такое радостное, точно праздничное, настроение было у меня (хочу здесь сказать, забежав вперед, что когда я возвращалась уже из больницы домой с ребенком, сидя так же на извозчике, я была счастлива и вспоминала, что уже переживала такое настроение — именно, когда ехала в больницу. И я несколько раз сказала по дороге мужу: «Как странно, у меня сейчас точь-в-точь такое же настроение, как тогда, когда я ехала в больницу»).

В больнице после обычных приготовлений (переодели, помыли и пр.) положили меня в кровать. Было 7 часов вечера. Схватки продолжались, сделались сильнее. Я следила по часам—они начинались через 4—5 минут. Теперь я уже верила, что роды начинаются, но боли не испытывала никакой. Пришел доктор меня посмотреть, как раз при нем у меня отошли воды.

Д-р поручил наблюдать за мной акушерке. Мы с ней беседовали о разных вещах, и я время от времени ей говорила: «Вот начинается схватка». Она сидела около меня и потом стала просить: «Вы, пожалуйста, каждый раз говорите мне, когда у вас схватки. Обыкновенно, женщины кричат или стонут, или по крайней мере по их лицу можно сказать, что схватка начинается, а у вас ничего не заметно, а мне же нужно каждый раз смотреть, следить».

Я лежу, настроение у меня великолепное, у меня начинаются схватки и сейчас же невольно приходят на ум слова профессора: «Вам легко, приятно и хорошо». Часов в $8^1/_2$ в комнату вдруг вошел профессор. Я ему страшно обрадовалась: сразу почувствовала прилив бодрости, спокойствия и радости. Он подошел, сказал: «Все хорошо, так и должно быть, боли вы ощущать не будете, роды будут легкие, лежите спокойно. Вам сейчас очень хорошо». Он поднялся наверх к доктору. Я продолжала лежать, укрытая одеялом, мне было тепло, спокойно, разговаривать больше не хотелось — дремалось. Только попрежнему я говорила акушерке: «Вот начинается схватка», и она продолжала свои наблюдения. Потом она сказала, что, повидимому, уже происходит давление на прямую кишку; она предложила мне перейти на высокий стол для родильниц, так как там ей будет удобнее за мной наблюдать. Я легко перешла и взобралась на этот стол. Я все время за собой наблюдала: «Вот мне ничуть не страшно,— как странно». Схватки делались все настойчивее, чаще и продолжительнее. Я повернулась с разрешения акушерки на левый бок, укрылась одеялом и лежу себе, прислушиваясь к своим ощущениям. «Вот начинается, но мне совсем не больно». Пришли доктор и профессор. Доктор посмотрел, нашел, что дело очень подвинулось, работа идет полным ходом.

Профессор поглаживал меня рукой по лбу и говорил: «Все прекрасно, вы чувствуете себя хорошо. Вы счастливы, боли вы не ощущаете и ощущать не будете, дремотное состояние овладевает вами». Потом они опять ушли. Между схватками у меня было совсем сонное состояние, иногда с началом схватки я ловила себя на мысли, что вот сейчас я спала.

Часов в 12 я в первый раз стала ощущать некоторую болезненность за время схватки: какую-то тупую, ноющую, как бы заглушенную боль в крестце, в боках, но вполне терпимую. Все же я попросила акушерку сказать профессору, что у меня появилась некоторая чувствительность. Доктор и профессор сейчас же пришли. Доктор сказал, что сейчас, повидимому, самый болезненный момент: давление плода на plexus sacralis. Профессор опять поглаживал мой лоб и говорил: «Вот вам совсем не больно! вам хорошо, вы счастливы, что совершается великое дело, все идет прекрасно, роды проходят безболезненно, и так же безболезненно закончатся, послеродовой период тоже будет протекать хорошо» и т. д. Присутствие профессора оказывало на меня замечательное действие: мне сразу становилось как-то особенно спокойно, боли ощущать я перестала. Доктор сказал, что дело подвигается хорошо, к трем часам все кончится. Я не хотела этому верить; мне казалось, что роды у меня, как у первородящей, будут продолжаться по меньшей мере сутки.

Доктор остался со мной и не отходил до конца родов. У меня начались потуги. По совету доктора я помогала им, напрягая брюшной пресс. Ощущение от потуг было приятное, о чем я сказала д-ру. Промежутки между потугами были не так приятны: ощущалась некоторая слабость и неопределенная болезненность. Потуги были все энергичнее и с каждым разом я с особым удовольствием помогала, держась руками за край кровати. В промежутках между потугами я дремала. Потом я вижу: доктор отдает какие-то распоряжения — смазывать пальцы иодом. Было часа 2. Профессор пришел, стал около меня, и мы стали разговаривать. Он расспрашивал, как я себя чувствую, и с довольным видом говорил, что все идет великолепно, уверял, что мне очень хорошо, легко, радостно и пр. Шутил, спрашивал, сильно ли кричат обыкновенно роженицы. Я его слушала, отвечала. В его присутствии я испытывала все тот же покой и благополучие. В это время доктор что-то возился со мной, на коленях у меня лежала простыня, и я ровно ничего не видела, что со мной происходит. От разговора с профессором меня отвлекал доктор отрывистыми приказаниями: «Дышите... помогайте... спокойно... не дышите...». Я, исполнив требуемое, обращалась к профессору. У меня появилось новое ощущение: как будто чувство жжения; мне пришло в голову, что доктор прикоснулся руками, смазанными иодом, и вот иод меня щиплет, но мне некогда было сосредоточиться на этом — я слушала профессора. Вдруг я как во сне вижу, что доктор держит ребеночка, хлопает его, тот закричал, меня поздравляют с сыном. Недоумению моему в первый момент не было границ, я ни за что не могла поверить, что все уже кончилось — это казалось мне совершенно невероятным. Я и не заметила, как кончились роды. И сразу я почувствовала необыкновенную радость, бодрость, легкость, я готова была соскочить с кровати. Я чувствовала себя совершенно здоровой, испытывала полное ощущение силы, как будто я и не проделала большого напряжения.

Меня поразило, что никакой слабости и утомления я не чувствую. Мы с профессором продолжали оживленно беседовать, перебирая все подробности опыта, в то время, как со мной еще возились — вышел послед, меня убирали. Доктор сказал, что на слизистой влагалища получилась ссадина и считает нужным наложить там шов. Наложение шва было совершенно безболезненно. Когда все было закончено, меня укрыли и вывели в палату. Мое ощущение полного здоровья и присутствие всех сил меня не покидало, спать мне ничуть не хотелось. Профессор и доктор пришли ко мне в палату, и там мы вместе радостно делились впечатлениями от опыта. Я находилась в самом блаженном состоянии. После их ухода я еще долго лежала, улыбалась с ощущением радости. На другой день и во все последующие дни самочувствие у меня было очень хорошее. Послеродовой период протекал благополучно. Ребенок проявлял себя очень хорошо. Весу было около 11 фунтов, грудь взял сразу и сосал очень энергично, кричал громким голосом, а вообще же был довольно спокойным — давая возможность всем окружающим отдыхать. Из больницы я вышла на 9-й день. Дома чувствовала себя хорошо настолько, что сразу же могла исполнять кое-какие работы по хозяйству и совершенно самостоятельно возиться с ребенком. Таким образом, я должна признать, что роды протекали у меня исключительно легко. Мне совершенно непонятно, как это женщины говорят о них, как о чем-то ужасном. За то время, пока я лежала в больнице, там было несколько родов, и я слушала неистовые крики родильниц с каким-то смешанным чувством неловкости, недоумения и недоверия, мне невольно казались сильно преувеличенными эти крики.

Как опыт применения гипноза, мой случай представляется мне интересным тем, что я все время была «в здравом уме и твердой памяти».

Никогда раньше я не подвергалась гипнозу и не знала как выражается его влияние; я удивилась тому, как просто и естественно его действие. Я не смогла бы различить, перебирая в памяти процесс родов, где было внушение, где было самовнушение, где простое отвлечение внимания. Мне теперь смешно, когда говорят, что «страшно поддаваться гипнозу».

ЛИТЕРАТУРА

Отечественная

Аджанянц К. С., Роль психотерапии в дерматологии, Русский журнал кожных и венерических болезней, 1904, т. VII.

Айхенвальд Л. И., Туберкулез и психика, Одесский медицинский журнал, 1929, в. 2—4.

Алфеевский Н. П., Нервные и психические явления у туберкулезных, Современная психиатрия, 1912, в. 3.

Альперн Д. Е., Вегетативная нервная система и тканевой обмен, Успехи современной биологии, 1935, т. 4, в. 4—5.

Альперн Д. Е., О трофической функции нервной системы, Успехи современной биологии, 1954, т. 37, в. 3.

Амфитеатров Л. Г., Гипноанестезия при искусственном аборте, Акушерство и гинекология, 1936, в. 4—6.

Амфитеатров Л. Г., Обезболивание родов гипнозом, Акушерство и гинекология, 1937, в. 12.

Андреев Б. В., Доклад на 9-м совещании по физиологическим проблемам, посвященный памяти И. П. Павлова, изд. АН СССР, 1941.

Андриасян Г. К., Курортное лечение кожных болезней в свете учения И. П. Павлова, в сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи—Мацеста, 1952, № 1.

Анохин П. К., Узловые вопросы в изучении высшей нервной деятельности, в сб.: Проблемы высшей нервной деятельности, Изд. АМН СССР, 1949.

Антер И. М., Сексуальные неврозы и их терапия, в сб.: Неврозы, Харьков, 1930а.

Антер И. М., Вопросы методики и практики психотерапии, в сб.: Психотерапия, Труды Украинского психоневрологического института, 1930б, т. XIV.

Арутюнов Н. А., К лечению бородавок гипнозом, Сборник научных работ Н-го кожно-венерологического госпиталя, Иваново, 1946; реф. Вестник дерматологии и венерологии, 1947, в. 4.

Асратян Э. А., Принцип «переключения» в условнорефлекторной деятельности, Физиологический журнал СССР, 1941, т. 30, в. 1.

Бакулев А. Н., Некоторые задачи хирургии в свете учения И. П. Павлова, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 3.

Бахтиаров В. А., Синяк от мнимого ушиба, полученный в гипнотическом сне, Клинический журнал Саратовского университета, 1928, в. 3.

Бахтиаров В. А., Волдырь от мнимого ожога, полученный гипнотическим внушением, Уральский медицинский журнал, 1929, в. 6.

Бахтиаров В. А., Гипнотическое внушение в хирургии, Уральский медицинский журнал, 1930, в. 1.

Бахтиаров В. А., Случай верхней торакопластики под гипнозом, в сб.: Борьба с туберкулезом, в. 1, 1933.

Бахтиаров В. А. и Шибанов Н. М., Врач и больной, Журнал исследовательских институтов свердловского облздрава, 1938, сб. 10.

Безюк Н. Г., Прямое внушение наяву как лечебный фактор при лечении бородавок, Советский врачебный журнал, 1938, № 3.

Безюк Н. Г., О лечебном значении внушения в дерматологии. Дисс., Ташкент, 1939а.

Безюк Н. Г., К вопросу о лечении внушением pruritus cutaneus, Врачебное дело, 1939б, в. 6.

Безюк Н. Г., К вопросу этиопатогенеза и терапии дисменоррейного дерматоза Матценауэра-Полланд, Вестник венерологии и дерматологии, 1939в, в. 8.

Безюк Н. Г., Об эмоциональной и внушенной температуре, Советский врачебный журнал, 1940, в. 3—8.

Безюк Н. Г., Внушение как лечебный метод в дерматологии, в сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, т. II, Харьков, 1941.
Безюк Н. Г., Слово как физиологический, патофизиологический и лечебный фактор в дерматологии, Тезисы доклада на расширенном пленуме ученой венерологической комиссии Министерства здравоохранения УССР совместно с украинским отделением Всесоюзного общества дермато-венерологов, Киев, 1953.
Белахов И. Л., Манников М. Е., Неньковская С. С., Косвенная рентгенотерапия заболеваний кожи, Советский вестник венерологии и дерматологии, 1936, в. 2.
Белицкий Ю. К., К вопросу об *амбулаторном лечении алкоголиков гипнозом*, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1903, № 11.
Белицкий Ю. К., Неврастения, ее сущность, причины и симптомы, СПБ, 1906.
Берг С. М., Гипноз в хирургии, Врачебное дело, 1926, № 24—26.
Берлин-Чертов С. В., Туберкулез и психика, М., 1948.
Бернгейм, О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней, ч. 1-я, Одесса, 1887 (перевод с франц.) и ч. 2-я, 1888.
Бехтерев В. М., Случай навязчивых идей, леченных самовнушением, Вестник клинической и судебной психиатрии, 1890, т. VII, в. 2.
Бехтерев В. М., О лечении навязчивых идей гипнотическим внушением, Врач, 1892, т. XIII, в. 1.
Бехтерев В. М. К вопросу о врачебном значении гипноза, Неврологический вестник, 1893, т. 1, в. 1.
Бехтерев В. М., Значение гипноза как врачебного средства, Нервные болезни в отдельных наблюдениях, 1894, в. 1.
Бехтерев В. М., Роль внушения в общественной жизни, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1898, № 1.
Бехтерев В. М., О навязчивой рвоте, там же, 1900а, № 6.
Бехтерев В. М., Боязнь чужого взгляда, там же, 1900б, № 7.
Бехтерев В. М., О психических расстройствах глотания, там же, 1901, № 5.
Бехтерев В. М., О болезненном страхе профессионального характера, там же, 1902а, № 3.
Бехтерев В. М. и Нарбут В. М., Объективные признаки внушенных изменений чувствительности в гипнозе, там же, 1902б, № 1—2.
Бехтерев В. М., Об одной своеобразной форме фетишизма, там же, 1903, № 1.
Бехтерев В. М., О навязчивом потении рук, там же, 1905, № 7.
Бехтерев В. М., Основы учения о функциях мозга, 1906а, в VI.
Бехтерев В. М., О боязни опоздать, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1906б, № 37.
Бехтерев В. М., Боязнь полового бессилия и coitus как причина половой неврастении, там же, 1907а, № 1.
Бехтерев В. М., О навязчивых кишечных и пузырных кризах, там же, 1907б, № 1.
Бехтерев В. М., О навязчивой ревности, Русский врач, 1908, № 34.
Бехтерев В. М., О навязчивой рвоте, Невропатологические и психиатрические наблюдения, СПБ, 1910а.
Бехтерев В. М., Непереносливость или боязнь чужого взгляда, там же, 1910б.
Бехтерев В. М., О психических расстройствах глотания, там же, 1910в.
Бехтерев В. М., Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение, Вестник знания, 1911, в. 4.
Бехтерев В. М., Внушение и воспитание, в сб.: Вопросы педагогической патологии, СПБ, 1912а.
Бехтерев В. М., Применение метода сочетательно-двигательного рефлекса к исследованию притворства, Русский врач, 1912б.
Бехтерев В. М., О лечении болезненных влечений и навязчивых состояний отвлекающей психотерапией, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1913, № 6—7.
Бехтерев В. М., О навязчивых фобиях и их лечении, Русский врач, 1915, № 14.
Бехтерев В. М., О развитии фобий, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1916а, № 2.
Бехтерев В. М., Роль внушения в деле воспитания, Петроград, 1916б.
Бехтерев В. М., О терапевтическом значении воспитания сочетательного рефлекса при истерических анестезиях и параличах, Обозрение психиатрии, 1917, № 1—12.
Бехтерев В. М., *Болезни личности с точки зрения рефлексологии*, в сб.: Вопросы изучения и воспитания личности, 1922а.
Бехтерев В. М., Половые уклонения и извращения в свете рефлексологии, там же, 1922б.

Бехтерев В. М. и Щелованов Н. М., О влиянии гипноза и внушения на сочетательные рефлексы, в сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы, 1925, в. 1.
Бехтерев В. М. и Мясищев В. Н., О сочетательно-рефлекторных изменениях мозгового пульса, Труды института медицинских знаний, 1928, в. 4.
Бехтерев В. М., Об эмоциях как мимико-соматических реакциях, в сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы, 1929а, в. 2.
Бехтерев В. М. и Голант Р. Я., Неврозы и психоневрозы, в кн.: Г. Ф. Ланг, Частная патология и терапия внутренних болезней, т. IV, в. 3, 1929б.
Бехтерев В. М., Психастения, Истерия, там же, 1929в.
Бирман Б. Н., Экспериментальный сон. Дисс., Госиздат, 1925.
Бирман Б. Н. и Блюмкина М. М., Кататонические явления в истерии и экспериментальном гипнозе, Архив биологических наук, 1934, № 6.
Бирман Б. Н., Применение терапии сном в клинике неврозов, Вестник АМН СССР, 1946, № 1—6.
Бирман Б. Н., Роль гипнотического и сонного торможения в патогенезе и терапии невротических синдромов, Журнал высшей нервной деятельности, 1951а, т. 1, в. 1.
Бирман Б. Н., Опыт клинико-физиологического определения типов высшей нервной деятельности, там же, 1951б, т. 1, в. 6.
Блуменау Л. В., Истерия и ее патогенез, Госиздат, 1926.
Боголепов Н. К., Гипноз и вегетативная нервная система, Советский врачебный журнал, 1936, № 14.
Боголюбов В. Л., Личность врача в медицине, Казанский медицинский журнал, 1928, № 1.
Бонн, Гипнотизм. Исследования физиологические и психологические, СПБ, 1889 (перевод с франц.).
Боткин С. П., О сокращении селезенки, СПБ, 1874.
Боткин С. П., Ежедневная клиническая газета, 1881.
Бритван Я. М., Одышка как патологический сочетательный или условный рефлекс, Невропатология и психиатрия, 1938, т. VII, № 9.
Бронштейн А. И., Материалы к учению о физиологической природе эмоций, Ленинградский медицинский журнал, 1928, № 3.
Булавинцев А. И., Психический желудочный сок у людей. Дисс., СПБ, 1903.
Булатов П. К., О роли внушения при лечении больных бронхиальной астмой аэроионизацией отрицательного знака, в сб.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы, Л., 1953а.
Булатов П. К. и Буль П. И., О лечении бронхиальной астмы суггестивной терапией, там же, 1953б.
Бумке О., Современные течения в психиатрии, Госиздат, 1929 (перевод с нем.).
Бусалов А. А., Охранительная терапия сном по И. П. Павлову в до- и послеоперационном периоде, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 2.
Буторин В. И., О зависимости действия некоторых лекарственных веществ от эмоционального состояния больного. Доклад на юбилейной сессии, посвященной 20-летию Института по изучению мозга имени В. М. Бехтерева, 1938.
Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, Медгиз, 1947а.
Быков К. М., Новое в учении Павлова о высшей нервной деятельности, Стенограмма публичной лекции, изд. газеты «Правда», 1947б.
Быков К. М., Развитие идей И. П. Павлова (задачи и перспективы), изд. АН СССР, 1950.
Быков К. М., Учение И. П. Павлова и современное естествознание, Медгиз, 1952.
Вальковский Л. О., Об истерической лихорадке, Новое в медицине, 1910, № 13—14.
Василевский В. М. и Каган Э. М., Влияние гипносуггестивных воздействий на функции организма в работе и реституции, Физиологический журнал СССР, 1935, т. XIX, в 1.
Васильева В., Воспитание сочетательного двигательного рефлекса на составной раздражитель в виде звука и соответствующего ему слова, Обозрение психиатрии неврологии и экспериментальной психологии, 1913, № 5—6.
Васильев Л. Л. и Подерни В. А., Выработка условного сердечного рефлекса при регистрации токов действия сердца, в сб.: Вопросы изучения и воспитания личности, 1930, в. 1—2.
Введенский Н. Е., Полное собрание сочинений, т. V, Л., 1954.
Вельвовский И. З., Шугом Е. А. и Плотичер В. А., Система психопрофілактичного і психотерапевтичного обезболивания родів, Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1950, № 1.
Вельвовский И. З., Опыт построения на основе учения И. П. Павлова психопрофилактического метода обезболивания в родах, в сб.: Обезболивание в родах, М., 1952а.

Вельвовский И. З., Второй принцип терапии по Павлову, Врачебное дело, 1952б, № 2.
Вельвовский И. З., Платонов К. И., Плотичер В. А. и Шугом Е. А., Психопрофилактика болей в родах, М., 1954.
Веттерштранд О., Гипнотизм и его применение в практической медицине М., 1893 (перевод с швед.).
Вигдорович М. В., Коллективное внушение как метод массовой подготовки беременных к обезболенным родам, Тезисы докладов на II Украинском съезде акушеров и гинекологов, Киев, 1938.
Виш С. М., Гипнотерапия расстройств сна у участников боевых операций, Психиатрия и неврология, 1946, № 6.
Внуков В., Психоанализ, БМЭ, т. 47, 1933.
Вознесенский С. Д., О работе психоневролога в туберкулезных учреждениях, в сб.: Борьба с туберкулезом, 1935, № 3.
Вольперт И. Е., Исследование сновидений в гипнозе, автореферат диссертации, Л., 1952.
Вяземский Н. В., Алкоголизм и лечение его гипнотическим внушением, Невропатология и психиатрия, 1909, в. 1—2.
Гаккебуш В. М., Новые пути в изучении эмоций, Современная психоневрология, 1926, № 4.
Гаккебуш В. М., Самонавіння в терапії неврозів, Харьков, 1928.
Гаккель А. Б., О психотерапии при сердечно-сосудистых нарушениях, Медгиз, 1948.
Галачьян А. Г., О некоторых основах целостного понимания больного, Медгиз, 1954.
Ганнушкин П. Б., Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика, изд. «Север.», М., 1933.
Гастев Д. М., Изменение жизненного стереотипа как этиологический фактор невротических состояний, Советский врачебный журнал, 1938, № 9.
Гелина Л. И., Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы, в сб.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике Психоневрологической больницы имени Кащенко, Медгиз, 1954.
Гервер А. В., Гипноз и внушение при меланхолических состояниях, Юбилейный сборник Ленинградской Максимилиановской больницы, Л., 1925.
Геренштейн Г. В., Время как условный раздражитель и его роль в генезе неврозов, Современная психоневрология, 1928, № 12.
Гершкович П. Н., Лечебная гимнастика в гипнотических фазах при органических параличах, парезах и болевых контрактурах, Врачебное дело, 1955, № 1.
Гизе Э. А. и Лазурский А. Ф., Обозрение психиатрии неврологии и экспериментальной психиатрии, СПБ, 1900.
Гиляровский В. А., Старые и новые проблемы психиатрии, Медгиз, 1946.
Гиляровский В. А., О взаимоотношениях соматического и психического в медицине, Врачебное дело, 1947, № 8.
Гиляровский В. А., Взаимоотношение психического и соматического в клинике соматогений, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, Медгиз, 1949.
Гиляровский В. А., Психиатрия, Медгиз, 1954.
Горизонтов П. Д., Вопросы патологической физиологии в трудах И. П. Павлова, Медгиз, 1952.
Гордон О. Л., Роль нарушенной регуляции в клинике заболеваний желудка. Дисс., Медгиз, 1946.
Гоциридзе А. Ф., Шестилетний истерический мутизм с контрактурами, излеченный психотерапией, Современная медицина, Тбилиси, 1925.
Гоциридзе А. Ф., Психогения в гинекологии, Госиздат, 1929.
Гоциридзе А. Ф., К вопросу о психогенных формах эпилепсии и их лечении психотерапией, Невропатология и психиатрия, 1929а, № 3—4.
Гоциридзе А. Ф., Катарзис в психотерапии, Клиническая медицина, 1929б, № 19.
Гоциридзе А. Ф., О ятрогенных и псевдоорганических заболеваниях, Врачебное дело, 1929в, № 3—4.
Гоциридзе А. Ф., К методике гипноаналгезии при операциях, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. 1, Тбилиси, 1936а (на русском языке).
Гоциридзе А. Ф., Двадцатипятилетние фобии, излеченные психотерапией, Современная медицина, Тбилиси, 1936б.
Губергриц Д. С., К патогенезу и терапии hyperemesis gravidarum, Акушерство и гинекология, 1927, № 10.
Гуревич Г. М. и Мастбаум И. С., Психотерапевтический метод предоперационной подготовки, Хирургия, 1952, в. 10.

Давиденков С. Н., Очередные пути и задачи в учении о неврозах человека с точки зрения физиологии высшей нервной деятельности, Советский врачебный сборник, 1946, № 1.
Давиденков С. Н., О механизме истерических расстройств с точки зрения психосоматических взаимоотношений, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949.
Давиденков С. Н., Клинические лекции по нервным болезням, Медгиз, 1952а.
Давиденков С. Н., Учение И. П. Павлова о неврозах человека и их лечении, Л., 1952б.
Давиденков С. Н., К проблеме неврозов, Медицинский работник, 1954, № 14.
Данилевский В. Я., Гипнотизм, Харьков, 1925.
Дарвин Ч., О выражении ощущений у человека и животных, Полное собрание сочинений, т. III, 1908.
Дежерин И. и Гоклер Е., Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией М., 1912. (перевод с франц.).
Делов В. Е., Влияние коры головного мозга на проводящую систему сердца, Тезисы 5-го совещания по физиологическим проблемам, Л., 1939.
Джигурда О. и Максимова Э., Часы и минуты врача, Литературная газета, 1953, № 54.
Дик В. Г., Психогенная форма дисменорреи и лечение ее внушением, Гинекология и акушерство, 1925а, № 2.
Дик В. Г., Психологические корни вагинизма и лечение его психотерапией, Вестник современной медицины, 1925б, № 7.
Дик В. Г., О диагностике психогенных заболеваний в гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1925в, № 3.
Дик В. Г., Психогенные заболевания женской половой сферы как противопоказание к курортному лечению, Курортное дело, 1927а, № 5.
Дик В. Г., Гипноз как вспомогательное средство в гинекологической терапии, Врачебное дело, 1927б, № 21.
Дик В. Г., Об «ятрогенных» заболеваниях в гинекологии (к вопросу о психогенных заболеваниях в женской половой сфере), Вестник современной медицины, 1927в, № 5.
Дик В. Г., О роли психики в генезе гинекологических заболеваний, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 2.
Дик В. Г., О напрасных гинекологических операциях, Казанский медицинский журнал, 1929а, № 7 и 8.
Дик В. Г. О психогенных болях в гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1929б, № 5.
Довбня Е. Н., Случай пятилетней астазии-абазии, излеченной психотерапией, Психотерапия, 1910, в. 1.
Долин А. О., Минкер-Богданова Е. Г. и Поворинский Ю. А. Роль коры головного мозга в регуляции процессов обмена, Архив биологических наук, 1934, XXXVI, серия Б, в. 1.
Долин А. О., Условное воспроизведение и подавление корой больших полушарий болезненного состояния организма, Труды 5-го совещания по высшей нервной деятельности АН СССР и ВИЭМ, Л., 1935.
Долин А. О., Условный эпилептиформный припадок, 3-е совещание по физиологическим проблемам Физиологического института АН СССР (тезисы докладов), Л., 1938.
Долин А. О., Экспериментальная эпилепсия, Архив биологических наук, 1939а, т. 54, в. 1.
Долин А. О., Корковое условное торможение болезнетворного влияния химических веществ на организм, Архив биологических наук, 1939б, т. 54, в. 1.
Долин А. О., Роль коры головного мозга в патологических процессах организма, Труды объединенной сессии, посвященной 10-летию со дня смерти И. П. Павлова, Л., 1948.
Долин А. О. и Крылов В. Н., Роль коры головного мозга в иммунных реакциях организма, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
Дубников Е. И., К лечению гипнозом, Врачебная газета, 1926, № 12.
Дубников Е. И., К вопросу об «иатрогенных» заболеваниях, Врачебное дело, 1928, № 8.
Дубников Е. И., К вопросу о лечении экземы нервного происхождения гипнозом, Врачебное дело, 1932, № 15—16.
Дубников Е. И., Два случая излеченной метроррагии гипнотерапией, Акушерство и гинекология, 1936, № 8.
Дубников Е. И., Гипнотерапия в практике, Советский врачебный журнал, 1939, № 2.
Дюбуа, Психоневрозы и их психическое лечение, СПБ, 1912а (перевод с франц.).
Дюбуа, Воображение как причина болезни, изд. «Наука», 1912б (перевод с франц.)

Езерский Я., Плотичер А. и Фурманов А., Вопросы клиники и генеза ночного недержания мочи у детей, Украинский медицинский архив, 1930, т. VI.
Ершов Н. Д. и Ксенократов М. Н., О роли психогений, Казанский медицинский журнал, 1935, 11—12.
Жане П., Неврозы и фиксированные идеи, СПБ, 1903.
Жуар, Гипнотическое лечение психических расстройств у истеричных. Обозрение неврологии и психиатрии, 1896, № 10.
Жуков И. А., Лечение внушением и гипнозом некоторых кожных заболеваний в условиях курорта Сочи — Мацеста. Дисс., Медгиз, 1954.
Завилянский И. Я., К психотерапии шизофрении, XVIII научная сессия УПНИ, 1953.
Зайдель Ф. Л., К психотерапии малых неврозов, Невропатология и психиатрия, 1930, № 6.
Зайцев А. И., Влияние внушения на появление и исчезновение сыпей и других трофических расстройств, Вестник психиатрии, 1904, в. 2.
Захарьин Г. А., Клинические лекции, М., 1909.
Здравомыслов В. И., Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии, Медгиз, 1930.
Здравомыслов В. И., Обезболивание родов внушением и гипнозом, Проблемы теоретической и практической медицины, т. IV, М., 1937а.
Здравомыслов В. И., Гипноз и внушение в акушерстве и гинекологии. Дисс., М., 1938.
Зеленин В. Ф., Каннабих Ю. В., Степанов П. Н. и Сухаревский Л. М., Влияние психического фактора на механизм терморегуляции и некоторые формы обмена, Клиническая медицина, 1936, т. XIV.
Зиновьев П. М., Психотерапия болевых синдромов при соматических заболеваниях, Врачебное дело, 1947, № 8.
Злотников С. А., О влиянии функции коры головного мозга на соматическую вестибулярную реакцию, Вопросы теоретической медицины, Медгиз, 1949.
Иванов-Смоленский А. Г., Опыт механизации гипнотического воздействия, Врачебное дело, 1928, № 3.
Иванов-Смоленский А. Г., О нарушениях нервной деятельности контузионно-коммоционного происхождения, Военно-медицинский сборник, т. II, 1945.
Иванов-Смоленский А. Г., О взаимодействии первой и второй сигнальных систем при некоторых физиологических и патологических условиях, Физиологический журнал СССР, 1949, в. 5.
Иванов-Смоленский А. Г., Пути развития идей И. П. Павлова в области патофизиологии высшей нервной деятельности, изд. Академии наук СССР, 1950.
Иванов-Смоленский А. Г., Об изучении совместной работы первой и второй сигнальных систем мозговой коры, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.
Иванов-Смоленский А. Г., Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности, М.—Л., 1952.
Иванов-Смоленский А. Г., Об изучении типов высшей нервной деятельности животных и человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1953а, т. III, в. 1.
Иванов-Смоленский А. Г., Исследование совместной работы и взаимодействия первой и второй сигнальных систем применительно к задачам медицины, там же, 1953б, в. 4.
Иоссет Г. Я., Титов Н. А. и др., О травме психики больных в хирургических отделениях, Советская врачебная газета, 1932, № 13.
Иоссет Г. Я., О травме психики хирургических больных, Вестник хирургии имени Грекова, 1940, в. 4.
Иоффе С. П., Из психотерапевтической гипносуггестивной практики в акушерстве, Врачебное дело, 1929, № 11.
Иоффе С. П., К вопросу о гипнотерапии, Днепропетровский медицинский журнал, 1928, № 1—2.
Иоффе С. П., Лечение так называемых неукротимых рвот беременных словесным внушением. Дисс., Воронеж, 1941.
Истомин П. П. и Гальперин П. Я., О влиянии внушенных состояний на колебания пищеварительного лейкоцитоза, Украинский вестник рефлексологии, 1925, № 2.
Истомин П. П., К проблеме морфинизма, в сб.: Психотерапия, Труды УПНИ, т. XIV, 1930а.
Истомин П. П., К психотерапии и биологической ценности ее при беременности и родах, там же, 1930б.
Иткин М. Г., Больше чуткости к больному человеку (к вопросу об ятрогении), Советский врачебный журнал, 1936, № 22.

Казаченко-Триродов И. П., О применении гипноза при гинекологических операциях, Врачебная газета, 1925, № 17—18.
Калашник Я. М., К вопросу о применении гипноза при беременности и родах, Одесский медицинский журнал, 1927, № 8—10.
Каминский С. Д. и Шевченко Ю. Г., О роли коры больших полушарий в формировании боли, Невропатология и психиатрия, 1949, т. XVIII, в. 6.
Каннабих Ю. В., Внушение и внушаемость, БМЭ, 1928а.
Каннабих Ю. В., Врач как причина болезни, БМЭ, т. V, 1928б.
Каннабих Ю. В., К профилактике одной из форм реактивной (ятрогенной) депрессии, в сб.: Профилактика нервных и психических заболеваний, М., 1928в.
Каннабих Ю. В., Психотерапия, БМЭ, т. XXVII, 1933.
Каннабих Ю. В., Место гипноза в системе советской психотерапии и психогигиены, Советская невропатология, психотерапия и психогигиена, 1934, т. III, в.9.
Карнаухов В. К., К развитию учения о неврогенном происхождении бронхиальной астмы, Советская медицина, 1953, № 3.
Картамышев А. И. и Левит Н., Гипнотическое торможение и феномен Мюллера, Современная психоневрология, 1930, № 7—8.
Картамышев А. И., Гипноз в дерматологии, Госиздат Узбекской ССР, Ташкент, 1936а.
Картамышев А. И., Возможности использования гипноза в дерматологии, Советская наука и техника, 1936б, № 5.
Картамышев А. И., Лечение кожных заболеваний внушением, Изд. Башкирского кожно-венерологического диспансера, Уфа, 1942.
Картамышев А. И., Гипноз и внушение в терапии кожных болезней, Медгиз, 1953.
Катков Е. С., Матеріали до фізіологічної характеристики стадій гіпнозу і об'єктивної діагностики глибини гіпноідних станів у людини, Наукові записки Харківськ. держ. Педагогічного інст., т. VI, 1941.
Кеннон, Вальтер, Физиология эмоций, Телесные изменения при голоде, страхе и ярости, перевод с английского, Л., 1927.
Кербиков О. В. и Крылов Д. Н., Опыт изучения ультрапарадоксальной фазы в клинике психогенных реакций, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III в. 3.
Киселева С. К., Условнорефлекторные лейкоцитарные реакции периферической крови, Клиническая медицина, 1951, в. 9.
Кнеплер А., К вопросу о применении гипноза в гинекологии, Врачебное дело, 1925, № 19—20
Ковалевский П. И., Стигматики, Практический врач, 1909, № 12.
Ковальсов С. І., Обезболювання родів психопрофілактичным методом, Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1953, № 5.
Ковригина М. Д., За высокую культуру медицинского обслуживания населения, Медицинский работник, 1954, № 89.
Кобылянский Н. Г., Дисменоррея, излеченная внушением, Врач, 1887, № 45.
Коганов М. И., Обезболивание родов внушением. Дисс., Харьков, 1946.
Коганов М. И., Обезболивание родов внушением без предварительной гипнотической подготовки, Акушерство и гинекология, 1951, № 2.
Кожевников А. Я., Случай исцеления от сикоза, Труды Московского университета, СПБ, 1895.
Кожевников А. Я., Расстройства кровообращения под влиянием душевных волнений, Вопросы философии и психологии, 1898, кн. V.
Козин Н. И., Труды лаборатории по физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка, в. 2, 1933.
Козин Н. И., Опыт образования условного рефлекса на изменение кровяного давления у детей, Архив биологических наук, 1935, т. 39, в. 2.
Кольский Ф. П., Случай вызывания месячных при помощи словесного внушения в состоянии гипноза, Медицинское обозрение, 1887, № 10.
Комаров Ф. И., Секреторная деятельность пищеварительных желез у человека во время сна, Медгиз, 1953.
Константинов В. Н., Применение гипноза в хирургии, Казанский медицинский журнал, 1937, № 6.
Копиль-Левина З. А., Методика обезболивания родов словесным внушением, в кн.: К. И. Платонов, Вопросы психотерапии в акушерстве, Харьков, 1940.
Копиль-Левина З. А., К обезболиванию родов по методу внушения в присутствии и отсутствии подготавливавшего психотерапевта, в сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1941.
Копиль-Левина З. А., К методике психотерапии и механизмам развития психогенных расстройств зрения и слуха, в сб.: Вопросы невропатологии и психоневрологии, ч. 2, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1941б.

Копиль-Левина З. А. и Шершевская О. И., К вопросу о функциональных поражениях зрения и слуха военного времени, в сб.: Боевая травма нервной системы, Медгиз, 1948.
Короткин И. И., Майоров Ф. П. и Суслова М. М., Исследование высшей нервной деятельности человека в сомнамбулической фазе гипноза, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 4.
Короткин И. И. и Суслова М. М., Исследование высшей нервной деятельности в сомнамбулической фазе гипноза при различной глубине гипнотического сна, Физиологический журнал СССР, 1953, т. 39, № 24.
Косяков К. С., Материалы к условнорефлекторному влиянию на уровень сахара в крови человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, в. 5.
Котляревский Л. И., Труды лаборатории физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка, т. 4, 1934.
Котляревский Л. И., Сердечно-сосудистые условные рефлексы на непосредственные и условные раздражители, Физиологический журнал СССР, 1936, т. XX, № 2.
Котляревский Л. И., Влияние экспериментального срыва высшей нервной деятельности на течение нейроинтоксикации у животных, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 3.
Красногорский Н. И., Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей, изд. Ленинградского института охраны детей и подростков, 1939.
Красногорский Н. И., Фазовые изменения деятельности больших полушарий головного мозга у детей, Журнал высшей нервной деятельности, 1951а, т. 1, в. 1.
Красногорский Н. И., Некоторые итоги развития и применения учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности в педиатрической клинике, Журнал высшей нервной деятельности, 1951б, т. 1, в. 6.
Красногорский Н. И., Инфракрасное излучение тела у детей при гипнотических (разделенных) состояниях коры больших полушарий, Журнал высшей нервной деятельности, 1951 в, т. 1, в. 3.
Крафт-Эбинг, Экспериментальные исследования в области гипнотизма, СПБ, 1889.
Крепс Е. М., К вопросу о влиянии течки на высшую нервную деятельность, Русский физиологический журнал имени И. М. Сеченова, 1923, в. 4—6.
Кронфельд А., Гипноз и внушение, Берлин, 1923 (перевод с нем.).
Крюнцель А. А., Влияние внушения в гипнозе на свертываемость крови, Клиническая медицина, 1932, т. X, в. 17—18.
Крышова Н. А., Применение метода охранительного торможения в клинике органических поражений нервной системы, Невропатология и психиатрия, 1953, в. 8.
Ксенократов М. Н., Влияние гипнотического сна и внушения на внимание, Казанский медицинский журнал, 1935, № 11—12.
Кудашев А. Д., Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии, Казанский медицинский журнал, 1927, в. 12.
Купалов П. С., Условные невротические рефлексы, Архив биологических наук, 1941а, т. 61, в. 3.
Купалов П. С., Влияние условных раздражителей на безусловный рефлекс, там же, 1941б, в. 3.
Купалов П. С., Об экспериментальных неврозах у животных, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
Лазурский А. Ф. и Гизе Э. А., Дыхание и пульс во время гипноза, Обозрение психиатрии, неврологии и судебной психиатрии, 1900, № 5.
Лебединский М. С., Психотерапия при нарушении речи, Невропатология и психиатрия, 1945, в. 6.
Лебединский М. С. и Гольдман Л. Н., Психотерапия больных гипертонической болезнью. Рефераты научно-исследовательских работ, изд. АМН СССР, М., 1947, в. 2, стр. 19; Новости медицины, изд. АМН СССР, 1948, в. VII.
Левенфельд Л., Гипноз и его техника, Изд. «Космос» с предисловием К. И. Платонова, 1929 (перевод с нем.).
Левин С. М., Гипноз и условные рефлексы, Советская врачебная газета, 1934а, № 1.
Левин С. М., Об особенностях условнорефлекторной деятельности в гипнотическом состоянии у детей, Физиологический журнал СССР, 1934 б, т. XVII, в. 2.
Левин С. М., Функциональное выключение анализаторов и условные рефлексы, Архив биологических наук, 1936, т. 34, в. 1.
Левин С. М. и Петрова В. К., Количественные и биохимические изменения секреции слюнных желез во время гипнотических внушений, Клиническая медицина, 1938, в. 6.

Левитус Е. Л., Соколова И. М. и Фельбербаум Р. А., Характеристика состояния центральной нервной системы при ревматизме у детей, Педіатрія, акушерство и гинекологія, 1953, в. 1.
Лежнев Н. Ф., Психогенные заболевания в урологии, Урология, 1923, т. V, в. IV, № 22.
Ленц А. К., О физиологической сущности гипноза, Природа, 1927, в. 7—8.
Лик Э., Врач и его призвание, Новый хирургический архив, Днепропетровск, 1927.
Лиознер С. А., Общие принципы профилактики неврозов, Л., 1928.
Литвиненко Г. Н., К вопросу о применении внушений в акушерстве и гинекологии, Акушерство и женские болезни, 1928, т. XXXIX, кн. 2-я.
Лобач Я. М., Условный лейкоцитарный рефлекс у нормальных и душевнобольных, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, Л., 1929.
Лукин Д., Косвенная рентгенотерапия кожных заболеваний, Вестник венерологии и дерматологии, 1939, № 2—3.
Лурия Р. А., Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов, Казанский медицинский журнал, 1928, № 1.
Лурия Р. А., Внутренняя картина болезни и «иатрогенные» заболевания, М., 1944.
Майзель Б. С., Демонстрация больной с разлитой по всему телу экземой 20-летней давности, излеченной внушением, Труды Института физических методов лечения имени И. М. Сеченова, Ялта, 1937.
Майоров Ф. П., Исследование динамики сна и переходных состояний у человека методом хронаксии, 3-е совещание по физиологическим проблемам, 1938; Тезисы докладов, изд. Академии наук СССР; Архив биологических наук, 1939, т. XIV, в. 1.
Майоров Ф. П. и Суслова М. М., Гипнотические опыты с внушенными возрастами, Рефераты научно-исследовательских работ, 1947, в. 1.
Майоров Ф. П., О фазах сна, Физиологический журнал СССР, 1948, т. XXXIV, в. 4.
Майоров Ф. П., О функциональной системе, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. XVI, 1949.
Майоров Ф. П., О физиологической характеристике сомнамбулической фазы гипноза, Физиологический журнал СССР, 1950, т. XXXVI, в. 6.
Майоров Ф. П., Физиологическая теория сновидений, изд. АМН СССР, 1951а.
Майоров Ф. П. и Суслова М. М., Исследование экспериментальной регрессии речи в гипнозе, Журнал высшей нервной деятельности, 1951б, т. 1, в. 4.
Манассеин В. А., Материалы для вопроса об этиологическом и терапевтическом значении психических влияний, СПБ, 1876.
Манассеин В. А., О значении психических влияний, лекции, СПБ, 1877.
Манойлов Н. Г., К вопросу о лечении бородавок внушением, Русская клиника, 1928а, № 53—54.
Манойлов Н. Г. и Красин В. К., К вопросу о влиянии внушения на секреторную функцию желудка, Врачебная газета, 1928б, № 19.
Маренина А. И., Исследование сна нарколептиков методом электроэнцефалографии, Журнал высшей нервной деятельности, 1952а, т. II, в. 2.
Маренина А. И., Электроэнцефалографическое исследование сомнамбулической фазы гипноза, Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, т. 1, 1952б.
Маренина А. И., Электроэнцефалографическое исследование естественного и гипнотического сна человека, т. 1, там же, 1952в.
Маренина А. И., Исследование динамики сна человека посредством измерения электрического сопротивления поверхности кожи, т. 1, там же, 1952.
Марковников Н. А., Лечение алкоголизма комбинацией внушения с выработкой условнорефлекторной рвоты от глотка спиртного напитка, Советский врачебный журнал, 1937, № 10.
Мастбаум И. С., Подготовка больных к операции гипносуггестией, Врачебное дело, 1952, в. 2.
Матвеева В. Ф., Действительный метод обезболивания родов, Медицинский работник от 21/IX 1950.
Мацкевич А. Н., К вопросу о влиянии экспериментального сна на высшие нервные функции, в сб.: Психотерапия под ред. К. И. Платонова, Харьков, 1930.
Медведовский М. С. и Невский И. М., К вопросу о влиянии коры головного мозга на вестибулярные функции, Труды I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова, Л., 1940.
Мендельсон А. А., Опыт лечения алкоголиков в амбулаторных условиях, Невропатология и психиатрия, 1904, в 1—2.
Миловидов А. В., Излечение внушением случая навязчивой идеи, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1907, № 1.
Милославский М. Я., Снятие возбуждения матки при угрожающем прерывании беременности психотерапевтическим методом, Педіатрія, акушерство и гінекологія, 1951, в. 4; 1952, в. 6.

Милослав[illegible] сосудистые реакции у беременных при угрожающ[illegible] воздействия слов, Акушерство и гинеколог[illegible]
Мирто[illegible] значении психотравмы в развитии туберкулезной [illegible]-Вознесенского туб. института, 1934, в. 2.
Молль, [illegible] (перевод с нем.)
Мори, [illegible] 1867 (перевод с франц.)
Моссо [illegible] 1887.
Мяс[illegible] Е. К., О психогенных висцеральных нарушения[illegible] психоневрология, 1937, в. 3.
Мя[illegible] нарушенной высшей нервной деятельности в патогенезе [illegible]. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1.
М[illegible] [illegible]ертоническая болезнь, Медгиз, 1954.
Му[illegible] способе учиться и учить медицине практической, М., [illegible] 1914, № 8.
Му[illegible] [illegible]бранные произведения, изд. АМН СССР, 1949.
[illegible] [illegible]лебаниях количества крови при различных условиях. Дисс., [illegible]
[illegible] О., Возможность вызывания гипнотического сна и дегипноти[illegible] при помощи индиферентных раздражителей по методу условных [illegible] Архив биологических наук, 1933, т. XXXIV.
[illegible] М. и Архангельская Ю. Н., Влияние гипноза на морфо[illegible] крови, в сб.: Новое в рефлексологии, 1929, № 3.
[illegible] И. М. и Зрячих К. З., Влияние гипноза и внушения на силу [illegible], там же.
[illegible] И. М., и Левин С. Л., О безусловной и условной секреторной дея[illegible]сти во время гипноза у детей, Казанский медицинский журнал, 1932, в. 4.
[illegible]ский И. М., Исследование динамики сна, гипноза и переходных состояний в норме и в патологии. Дисс. Л., 1949.
[illegible]китин М. П., Головной мозг и функции молочной железы. Дисс., СПБ, 1905.
[illegible]китин М. П., К психогенезу эпилептических припадков, Современная невропатология, 1934, т. III, в. 11—12.
Николаев А. П., Гипноз в акушерстве и гинекологии, Врачебная газета, 1924, № 19—20.
Николаев А. П., Гипноз при родах и операциях, Казанский медицинский журнал, 1930, № 1.
Николаев А. П., Механизм гипноза и вегетативная нервная система, Врачебная газета, 1927а, № 22.
Николаев А. П., Теория и практика гипноза в физиологическом освещении, Научная мысль, Харьков, 1927б.
Николаев А. П., Суггестивный метод обезболивания родов, глава VIII в книге «Руководство по обезболиванию родов», Сталино, 1936.
Николаев А. П., Очерки теории и практики обезболивания родов, Медгиз, 1953.
Никольский П. В., Влияние душевной деятельности на кожу, Варшава, 1910.
Новицкий А. М., Случай так называемой истерической лихорадки, Врач, 1897, № 21.
Ольнянская Р. П., Влияние коры головного мозга на газообмен, Физиологический журнал СССР, 1932, т. 15.
Ольнянская Р. П. и Слоним А. Д., Влияние коры головного мозга на регуляцию тепла в организме, Физиологический журнал СССР, 1938, в. 6.
Ольнянская Р. П., Кора головного мозга и газообмен, изд. АМН СССР, 1950.
Оппенгейм, О психическом характере некоторых расстройств актов испражнения и мочеиспускания, Медицинское обозрение, июнь, 1901.
Орбели Л. А., Лекции по физиологии нервной системы, ОГИЗ, 1935.
Орбели Л. А., Вопросы высшей нервной деятельности, изд. АН СССР, лекция 4, Сон и гипноз, 1949.
Осипов В. П., О физиологическом происхождении эмоций, в Юбилейном сб.: 75 лет со дня рождения И. П. Павлова, Л., 1925.
Осипова В. Н., Скорость образования сочетательных рефлексов у детей школьного возраста, Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы, 1926, в. 2.
Павлов Б. В. и Поворинский Ю. А., К вопросу о взаимодействии первой и второй сигнальных систем в сомнамбулической фазе гипноза, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
Павлов И. П., Современное объединение в эксперименте главнейших сторон медицины на примере пищеварения, Речь на торжественном заседании Общества русских врачей, посвященном памяти С. П. Боткина, 1899; Медгиз УССР, 1953.
Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга, ГИЗ, 1927.
Павлов И. П., Речь на открытии XV Международного физиологического конгресса, в сб.: XV Международный физиологический конгресс, Медгиз, 1936.

Павлов И. П., Письмо к молодежи, Полное собрание трудов, т. 1, 1940, стр. 27—28.
Павлов И. П., К физиологии и патологии высшей нервной деятельности, изд. газеты «Правда», 1949.
Павлов И. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951а.
Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 1, изд. АН СССР, 1951б.
Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951в.
Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951.
Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. V, изд. АН СССР, 1952а.
Павлов И. П., Физиология пищеварения, изд. АМН СССР, 1952б.
Пайкин М. О., К вопросу о применении словесной терапии при рвоте беременных, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIX, 1930.
Парамонов Н. Н., Применение гипноза в хирургии, Новый хирургический архив, 1937, № 12.
Парфенов А. П., Истерический амавроз, леченный психотерапией, Врачебная газета, 1927, № 22.
Певницкий А. А., Лечение алкоголиков по данным двухлетнего опыта амбулатории клиники В. М. Бехтерева, Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1905, № 4.
Петров Н. Н., Вопросы хирургической одонтологии, Военно-медицинский журнал, 1952, № 5.
Петрова М. К., Лечение экспериментальных неврозов у собак, Архив биологических наук, 1925, т. 25, в. 1—3.
Петрова М. К., Ультрапарадоксальная фаза и ее механизм, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. 7, 1937.
Петрова М. К., Кожные заболевания у экспериментальных собак, Труды физиологических лабораторий имени И. П. Павлова, 1945а, т. 12.
Петрова М. К., Торможение как фактор, восстанавливающий нервную деятельность, там же, 1945б.
Петрова М. К., Об экспериментальных фобиях, там же, 1945в.
Петрова М. К., О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, Медгиз, 1946.
Перельмутер М. М., О психотерапии, Невропатология и психиатрия, 1949, в. 4.
Пилипенко П. Д., Коллективная психотерапия, Современная психиатрия, 1934, № 2.
Платонов К. И., Воспитание сочетательно-двигательного рефлекса на составной (свет + звук) раздражитель. Дисс., СПБ, 1912.
Платонов К. И., Психорефлексы и влияние на них гипнотического внушения, Харьковский медицинский журнал, 1915, № 6.
Платонов К. И., О значении эмоций в развитии неврозов, в сб.: Травматический невроз, Харьков, 1918.
Платонов К. И. и Вельвовский И. З., К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии, Врачебное дело, 1924, № 7.
Платонов К. И., Гипноз и внушение в практической медицине, Научная мысль, 1925а.
Платонов К. И. и Шестопал М. В., Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии, Госиздат Украины, 1925б.
Платонов К. И., Врачи и гипноз, Врачебное дело, 1925в, № 24—26.
Платонов К. И., К вопросу о лечении психоневрозов гипнопсихотерапией, Современная психоневрология, 1925, № 6—7.
Платонов К. И., Внушение и гипноз в хирургии, Труды съезда хирургов левобережной Украины, ч. II, Харьков, 1925д.
Платонов К. И., К учению о природе гипноза и гипносуггестивной психотерапии, Современная психоневрология, 1926а, № 3.
Платонов К. И., О роли внушения в родообезболивании, Труды VII Всесоюзного съезда акушеров, 1926б.
Платонов К. И., О практическом значении инструкции, о порядке применения гипноза, выработанной Научным советом при НКЗ РСФСР, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, М., 1927, стр. 236.
Платонов К. И., Общефизиологические основы лечения неврозов, в сб.: Неврозы, приложение к журналу «Врачебное дело». 1929, в. 12.
Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор, Госизд. Украины, 1930а.
Платонов К. И. и Приходивный Е. А., К объективному доказательству изменения личности путем внушения (экспериментально-психологическое исследование), в сб.: Психотерапия, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930б.

Платонов К. И., Гипноз и алкоголизированная нервная система, Вопросы общей психоневрологии, там же, 1930в, т. XV.
Платонов К. И., О словесном гипносуггестивном методе исследования в области психофизиологии и психологии, Труды IV Всесоюзного съезда физиологов, 1930.
Платонов К. И., Психотерапия в системе единого диспансера, Врачебное дело, 1933а, № 10.
Платонов К. И., О психогенезе и психотерапии рвот беременных, Журнал акушерства и женских болезней, 1933б, кн. 4-я.
Платонов К. И. и Безчинская Н. М., Эмоции и влияние их на состояние желудка по рентгено-гипносуггестивному методу, Клиническая медицина, 1933в, № 1.
Платонов К. И., Фиксированное выступление на I Украинском съезде невропатологов и психиатров, Труды съезда, Харьков, 1935а.
Платонов К. И., К новому обоснованию психотерапии, Неврология, психиатрия и психогигиена, 1935б, т. IV, в. II.
Платонов К. И., О врачебном и санаторном психотравматизме туберкулезных больных, Врачебное дело, 1935в, № 3.
Платонов К. И., Психотерапія блювот вагітних, видання Української психоневрологічної Академії, Харків, 1936а.
Платонов К. И., Обезболивание родов по методу внушения, Научно-информационный материал УПНИ, 1936б; Труды конференции по обезболиванию родов, Сталино, 1936в.
Платонов К. И., Психические факторы при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1937а, в. 9—10.
Платонов К. И., Общие соображения о путях и материалистическом обосновании психотерапии, Труды Кубанского медицинского института, в. VIII, Краснодар, 1937.
Платонов К. И., Материалы к вопросу о значении гипноидных фаз коры мозга в генезе и терапии невротических состояний, Труды XIV сессии Украинского психоневрологического института, т. XXIII (71), Харьков, 1937.
Платонов К. И., Метод гипносуггестивной репродукции психоневрологических синдромов (материалы к учению о так называемом травматическом неврозе), Проблемы неврологии и психиатрии, 1939.
Платонов К. И., О скрытом психическом факторе в медикаментозном родообезболивании, Акушерство и гинекология, 1940а, в. 3—4.
Платонов К. И., Словесное внушение и его физиологическое обоснование в применении к родообезболиванию, в сб.: Вопросы психотерапии в акушерстве, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1940в.
Платонов К. И., О психогенезе и психотерапии рвот беременных, там же, 1940.
Платонов К. И., К психотерапии так называемого травматического невроза, в сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, ч. 1, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1941а.
Платонов К. И., Итоги применения метода внушения в родообезболивании и их принципиальное значение, там же, 1941б.
Платонов К. И., Лечение суггестивной терапией токсикозных рвот беременных, сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, 1949.
Платонов К. И., Психопрофилактическое обезболивание родов, Врачебное дело, 1950б, № 12.
Платонов К. И., Линецкий М. Л., Пайкин М. О. и Бакальчук М. О., О влиянии внушенных эмоций на желудочную секрецию, Тезисы доклада на конференции в Институте экспериментальной медицины по проблемам пищеварения, Л., 1951.
Платонов К. И., Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова, Медгиз, 1952а.
Платонов К. И., О природе некоторых расстройств функций внутренних органов в свете учения Павлова, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, 1952б.
Платонов К. И., К учению о значении сонного гипнотического торможения как терапевтического средства при лечении некоторых патологических состояний человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1952в, т. II, в. 3.
Платонов К. И., О современном положении физиологически обоснованной психотерапии, Тезисы докладов на научной сессии, посвященной 150-летию Харьковского медицинского института, Харьков, 1955.
Платонов К. К., О неправильном педагогическом подходе как факторе психогенно-реактивных состояний у летного состава, Информационный бюллетень авиационной медицины, 1946, № 2.
Платонов К. К. и Смухин М. В., Врачебная экспертиза летного состава при реактивно-психогенных состояниях, в сб.: Вопросы медицинского обеспечения авиации, т. II, М., 1939.

Плецитый Д. Ф., Материалы к вопросу о роли коры головного мозга в невосприимчивости к столбняку, в сб.: Проблема реактивности в патологии, Медгиз, 1954.
Поворинский Ю. А., Значение подготовки в применении гипноза при хирургических операциях, Журнал для усовершенствования врачей, 1928, т. XII.
Поворинский Ю. А. и Трауготт Н. Н., О некоторых особенностях кортикальной динамики в гипнотическом сне, Архив биологических наук, 1936, т. 44, в. 2.
Поворинский Ю. А., Опыт экспериментального исследования изменения корковой динамики в гипнотическом состоянии. Дисс., Л., 1937.
Поворинский Ю. А., Влияние гипнотического воздействия на газообмен, Сборник, посвященный юбилею Р. Я. Голант, Л., 1940.
Поворинский Ю. А., Влияние эмоционального состояния на сосудодвигательные реакции, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, 1949.
Поворинский Ю. А., Об изменениях кожно-сосудистых реакций в гипнотическом состоянии при воздействии непосредственных и словесных раздражителей, Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 11.
Подкопаев Н. А., Выработка условного рефлекса на автоматический раздражитель, Труды физиологической лаборатории И. П. Павлова, т. 1, в. 2—3, 1926.
Подкопаев Н. А., Физиологический анализ психического компонента при заболеваниях пищеварительного тракта, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, 1949.
Подъяпольский П. П., Пузырь от мнимого ожога, полученный словесным внушением в состоянии искусственного сна, Труды Саратовского общества естествоиспытателей, т. IV, в. 2, 1903—1904.
Подъяпольский П. П., О хлороформенном сне, Невропатология и психиатрия, 1908, № 10.
Подъяпольский П. П., О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением, Журнал имени Корсакова, 1909, в. 1—2.
Подъяпольский П. П., О применении гипнотического внушения при эпилепсии, Неврологический вестник, 1913, № 3.
Подъяпольский П. П., Случаи применения гипнотического внушения в лазаретной практике, Невропатология и психиатрия, 1915, в. 2.
Подъяпольский П. П., Простое словесное внушение в качестве общего наркоза, Клинический журнал Саратовского университета, 1925, № 1.
Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение и его применение в хирургии, Природа, 1926, № 9—10.
Подъяпольский П. П., Гипнология и применение гипнотического внушения в медицине, Труды II Поволжского съезда врачей, т. VI, 1927а.
Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение в гинекологии, там же, 1927б.
Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение, его значение при диференциальной диагностике, применение в терапии и хирургии, Клинический журнал Саратовского университета, 1929, т. VII, № 4—5.
Полотебнов А. Г., Нервные болезни кожи, в сб.: Дерматологическое исследование, в. 1, 1887; в. 2, СПБ, 1886.
Попов Е. А., Материалы к вопросу о роли экстрапирамидного аппарата в механизме двигательных условных рефлексов. Современная психоневрология, 1927, №10,
Попов Е. А., К вопросу о генезе некоторых форм мезохизма (пассивного флагеллянтизма), Врачебное дело, 1928, № 10.
Попов Е. А., О некоторых условиях образования навязчивых состояний, Советская психоневрология, 1940, в. 4.
Попов Е. А., Патологически прочные условные рефлексы как основа некоторых расстройств внутренних органов, Врачебное дело, 1947, № 8.
Постольник Г. С., Роды без предварительной подготовки, Труды VIII Всесоюзного акушерско-гинекологического съезда, Киев, 1928.
Постольник Г. С., Опыты применения гипноза и внушения при родах, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 1.
Потоцкий И. И. и Жуков И. А., Применение гипноза в терапии экземы на курорте Сочи — Мацеста, в сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи — Мацеста, № 1, 1952.
Пророков И. Р., Влияние беременности на искусственные и натуральные условные рефлексы, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. X, 1941.
Протопопов И. М., Применение гипноза в санаторных условиях, Врачебное дело, 1928, № 9.
Пуссеп Л. М., О мозговых центрах, управляющих эрекцией полового члена и семяизвержением. Дисс., СПБ, 1902.

Пшоник А. Т., Роль коры больших полушарий в формировании кожной болевой рецепции, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949.

Пшоник А. Т., Кора головного мозга и рецепторная функция организма, М., 1952.

Пэн Р. М. и Джигаров М. А., Образование условных связей в гипнотическом сне, Архив биологических наук, 1936, т. 42, в. 1—2.

Пырский К. И., К вопросу о психотерапии в акушерстве и гинекологии, Акушерство и гинекология, 1927, № 2.

Рише П., Клинический очерк истерии или истероэпилепсии, СПБ, 1886 (перевод с франц.).

Робустов Г. В., Нервные и психические нарушения при раннем сифилисе, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, в. 8.

Рожнов В. Е., Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне, Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 6.

Рожнов В. Е., Гипноз в медицине, Медгиз, 1954.

Розенсон Г., Психическая травма и эпидемический энцефалит, Врачебное дело, 1928, № 12.

Розенталь И. С., Влияние беременности на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922а, т. XXI, в. 3—5.

Розенталь И. С., Влияние беременности и лактации на условные рефлексы, Русский физиологический журнал, 1922б, т. V, в. 1—3.

Россолимо Г. И., О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью *упрощения лечения болезней нервной системы, Невропатология и психиатрия*, 1905, в. 5.

Русецкий И. М., Опыт изучения вегетативных рефлексов при гипнотическом сне, Врачебное дело, 1930, № 18.

Рыбалкин Я. В., Опыт вызывания пузыря на коже путем гипнотического внушения, Газета Боткина, 1890, № 2.

Самойлович А. М., Психическая травма и туберкулез, Краснодар, 1940.

Самойлович А. Л., Врач и больной, Краснодар, Краевое изд-во, 1950.

Самойлович Данило, Избранные произведения, изд АМН СССР, 1949.

Семянников А. В., Несколько слов к вопросу о применении гипноза в акушерстве, Журнал акушерства и женских болезней, 1907, № 1.

Серейский М. Я., Аффект в его биохимических проявлениях, Журнал психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1923, т. III.

Сеченов И. М., Избранные философские и психологические произведения, М., 1947.

Сеченов И. М., Рефлексы головного мозга, изд. АМН СССР, 1952.

Слоним А. Д., Влияние коры головного мозга на регуляцию тепла в организме, Сообщение 2, Физиологический журнал СССР, 1938, т. 25, в. 6.

Смирнов Д. А., Два случая тяжелого травматического невроза, излеченных гипнотическим внушением, Невропатология и психиатрия, 1916, № 2.

Смирнов Д. А., О влиянии гипнотического внушения в случаях комбинации органического и функционального, Медицинское обозрение, 1917, № 1.

Смирнов Д. А., О психогенных дерматозах, Днепропетровский медицинский журнал, 1924, № 7.

Смирнов Д. А., Гипнотерапия и гипнотерапевты, Днепропетровский медицинский журнал, 1929, № 4—6.

Смирнов К. М., Минутный объем сердца собаки и его условнорефлекторная регуляция при мышечной работе, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, *1940*, т. *11*, в. *6*.

Сорохтин Г. Н., Рефлексологические типы детей школьного возраста, изд. «Сеятель», 1925.

Сорохтин Г. Н., Тургель К. Ю. и Минут-Сорохтина О. П., О сочетательных ваготропных рефлексах сердца, Физиологический журнал СССР, 1934, т. 17.

Сперанский А. Д., Элементы построения теории медицины, ВИЭМ, 1935.

Сперанский В. Н., О сущности и механизме гипнотического внушения, Врачебное дело, 1924, № 19—20.

Срезневский В. В., Гипноз и внушение, Л., 1924.

Срезневский В. В., Методы современной психотерапии и лечение внушением, Обозрение психиатрии, 1935, 4—5.

Стойко А. Г., Хронический никотинизм (табакокурение) и его лечение, Горький, 1935.

Стрельчук И. В., Терапевтические условные связи при хроническом алкоголизме, *Журнал высшей нервной деятельности*, 1951а, *в*. 2.

Стрельчук И. В., Опыт применения длительного сна и изучения влияния его при морфинизме, Журнал высшей нервной деятельности, 1951б, т. I, в. 3.

Стрельчук И. В., Охранительное торможение и лечебный сон в психиатрии *и невропатологии, Журнал высшей нервной деятельности*, 1952, т. II., в. 4.

Стрельчук И. В., Опыт диференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
Строкина Г. В., Экспериментальные исследования взаимодействия первой и второй сигнальных систем у детей-невротиков, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 5.
Стычинский И. Л., К вопросу о психогенных колебаниях температуры, Клиническая медицина, 1923, т. 1, № 5—6.
Сумбаев И. С., К вопросу о вазомоторных расстройствах, вызванных гипнотическим внушением, Сибирский архив клинической медицины, 1928, № 4.
Сумбаев И. С., К психотерапии гомосексуализма, Советская психоневрология, 1936, № 3.
Сумбаев И. С., К теории и практике психотерапии, Иркутское областное издательство, 1946.
Суслова М. М., Экспериментальное исследование динамики гипнотического сна у человека, Физиологический журнал имени И. М. Сеченова, 1940, т. XXIX, в. 3.
Суслова М. М., Исследование работоспособности коры больших полушарий в сомнамбулической фазе гипноза, Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, 1952, т. 1.
Сыркин М. И., Знеболювания родів гіпнозом, Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1947, № 3.
Сыркин М. М., Опыт трехлетней работы киевского городского акушерского гипнотария, 1950, Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1950, № 31.
Тапильский А. А., Изменение количества лейкоцитов при внушении сытости или голода в состоянии условнорефлекторного сна, Медицинская мысль Узбекистана, 1928, № 2.
Тарло Б. С., Об ятрогенных заболеваниях в гинекологии, Врачебное дело, 1928а, № 7; Казанский медицинский журнал, 1928б, № 1.
Тарханов И. Р., Случай произвольного ускорения сердцебиения, Еженедельная клиническая газета, 1881, № 10.
Татаренко Н. П., К психопатологии и патофизиологии фантома свежеампутированных. Дисс., 1948; Медиздат Украины, 1952.
Татаренко Н. П., К психопатологии синдромов, связанных с явлением инертного возбуждения в коре головного мозга, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 4.
Тер-Аветисов Г. Р., Случай применения гипноза при эпилепсии, Современная психиатрия, 1907, в. 6—7.
Тер-Овакимов Я. А., Гипноз и условные рефлексы, Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1936а (на грузинском языке).
Тер-Овакимов Я. А., Болезненные роды под влиянием гипнотических внушений, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1936б (на русском языке).
Тер-Овакимов Я. А., О гипнотической аналгезии при операциях, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1945а (на русском языке).
Тер-Овакимов Я. А., Влияние внушенных в гипнозе эмоций на функцию анализаторно-статического равновесия, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. II, 1945б (на русском языке).
Тер-Овакимов Я. А., Об ятрогенных заболеваниях и лечении их психотерапией, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. II, 1945в (на русском языке).
Тимофеев Н. Н., К вопросу о механизмах эмоциональных реакций у душевнобольных, Невропатология и психиатрия, 1938, в. 11.
Тихомиров Д. М., О роли эмоций в эпилепсии, Обозрение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии, 1913, № 1.
Токарский А. А., Гипнотизм и внушение, Архив психиатрии, 1887, т. XI, в. 1 и 3.
Токарский Б. А., Терапевтическое применение гипнотизма, Доклад на IV съезде русских врачей, СПБ, 1891.
Токарский Б. А., О гипнотической аналгезии при родах, Современная психоневрология, Киев, Огиз, 1926, т. XII.
Токарский Б. А., Устранение гипнозом спонтанной гангрены, Саратовский вестник здравоохранения, 1925, № 1—2.
Тома Ф., Внушение и его роль в деле воспитания, СПБ, 1911 (перевод с франц.).
Топчибашев И. М., Психические моменты и значение их выключения при обезболивании, Клиническая медицина, 1950, в. 9.
Триумфов А. В., Учение М. И. Аствацатурова о психосоматическом взаимоотношении и его дальнейшее развитие, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, Изд. АМН СССР, 1949.

Трутень М. Д. и Марморштейн Ф. Ф., К вопросу о влиянии внушения на цветное зрение, в сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, ч. 2, под ред. И. З. Вельвовского, 1941.
Тюленев Н. А., К вопросу о значении психотерапии в клинике соматических заболеваний, Клиническая медицина, 1930, т. VIII, № 23—24.
Тюленев Н. А., К вопросу о значении психотерапии в курортной практике, в сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи—Мацеста, Краснодар, 1952.
Урин А. Г. и Зенкевич Е. С., Пищевой лейкоцитоз и лейкоцитарный условный рефлекс на время приема пищи, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, в. 2.
Ухтомский А. А., К 15-летию советской физиологии, Физиологический журнал СССР, 1933, т. 12, в. 1.
Федоров В. П., О возможности широкого применения гипноза при операции аборта, Труды I Ленинградского медицинского института, т. 1, 1925.
Фельбербаум Р. А., Левитус Е. Л. и Соколова И. М., Характеристика состояния центральной нервной системы при ревматизме у детей, Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1953, в. 1.
Филимонов И. Н., Травматический невроз по материалам войны 1914—1918 гг., 1927.
Финне В. Н., Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии, Журнал для усовершенствования врачей, 1928, № 3.
Фольборт Г. В., Физиологические процессы утомления и восстановления, Медгиз, 1951.
Форель А., Гипнотизм, внушение и психотерапия, Л., 1928.
Фосс Е. Е., К учению об истерической лихорадке, Невропатология и психиатрия, 1904, № 4.
Фролов Ю. П., Иван Петрович Павлов (воспоминания), 1949а.
Фролов Ю. П., Патофизиология бронхиальной астмы и других спазматических состояний в свете учения И. П. Павлова, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, 1949б.
Фурсиков Д. С., Влияние беременности на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922, т. XXI, в. 3—5.
Хек-Тюк, Дух и тело, 1904, СПБ (перевод с англ.).
Холоденко М. И. и Хаймович М. М., Об ятрогении в санпросвете, Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, т. III, в. 10.
Хордазе Е. Е., Психовестибулярный симптомокомплекс невротиков, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1936, Тбилиси (на русском языке).
Хорошко В. К., Факты, понятия и проблемы в патологии эпилепсии, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, М., 1927.
Цветков И. Т., К обезболиванию родов по методу прямого словесного воздействия (внушения), без предварительной дородовой психотерапевтической подготовки, Акушерство и гинекология, 1941, № 1.
Цейкинская Ф. Б. и Утевский Н. Л., К амбулаторному лечению алкоголиков, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930.
Цитович И. С., О так называемых вазомоторных психорефлексах, Русский физиологический журнал, 1918, т. 1.
Цынкин А. М., Кровяное давление в гипнозе (экспериментальное исследование), Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930а.
Цынкин А. М., Пульс и дыхание в состоянии бодрствования и в гипнотическом состоянии (экспериментальное исследование), там же, 1930б.
Чалисов В. Н., Вольфсон В. Н., Арутюнов Д. Н., О биохимических изменениях крови при эмоциях, Невропатология и психиатрия, 1937, т. VI, в. 5.
Черноруцкий М. В., Пути советской медицины в лечении внутренних болезней, Советский врачебный журнал, 1937, № 20.
Черноруцкий М. В., Психогения и психотерапия при внутренних болезнях, Советский врачебный сборник, 1946, в. 1.
Черноруцкий М. В., Учение И. П. Павлова и клиническая медицина, Л., 1953.
Черянкин В. И., Применение гипноза в хирургии, акушерстве и стоматологии в участковой практике, Журнал современной хирургии, 1931, в. 3.
Чхаидзе И. Д., Три случая истерической глухоты и глухонемоты, Советская медицина, 1937, № 11—12.
Шатенштейн Д. И., Тезисы сообщений на XV Международном физиологическом конгрессе, Л., 1935.
Шатенштейн Д. И., Регуляция физиологических процессов во время работы, Медгиз, 1938.
Шатский В. Л., Из гипнотерапевтической практики участкового врача, Современная психоневрология, 1936, № 4.

Шац М. В. О хирургических способах лечения внушением, 1 съезд хирургов и гинекологов Уральской области, Свердловск, 1927.
Шварц А. А., Значение слова и его звукового образа как условного раздражителя, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1948, в. 4.
Шварц А. А., Смысл слова и его звуковой образ как условные раздражители, Сообщение 2, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1949, т. 27, в. 6.
Шварцман С. Д., Опыт применения внушения в гипнозе при фантомных явлениях, Невропатология и психиатрия, 1946, в. 6.
Шильдер П. и Каудерс О., Гипнотизм, Огиз, 1927 (перевод с нем.)
Шлифер Р. Я., О влиянии инъекции адреналина на кровяное давление во время экспериментального сна (гипноза), Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, Харьков, 1930а.
Шлифер Р. Я., О значении психотерапевтического воздействия на туберкулезных больных, там же, 1930б.
Шлифер Р. Я., К словесному обезболиванию родового акта, там же, 1930в.
Шрайбер Я. Л. и Пырский К. И., К вопросу обезболивания нормального родового акта, Советская нейропсихиатрия, 1939, т. III.
Шрайбер Я. Л., К вопросу об острых эмоциональных невротических реакциях и их терапии во фронтовых условиях и в тылу, Советский врачебный сборник, 1947.
Шрайбер Я. Л., О соотношении субкортикальных реакций в гипноидных состояниях, 13-е совещание по физиологическим проблемам, посвященное памяти И. П. Павлова, Л., 1948.
Штауфенберг, Психотерапия в клинике внутренних болезней, Психотерапия, 1913, № 3.
Штейн Л. И., Лечение бородавок внутрикожными впрыскиваниями физиологического раствора, Советский врачебный журнал, 1934, № 1.
Штейнберг Л. Д., Опыты применения гипнотерапии в повседневной работе детского больничного стационара, Врачебная газета, 1927, № 22.
Шульц, Психотерапия, Берлин, 1925 (перевод с нем.)
Щеглов П. О., Материалы к применению гипноза в хирургии, Новый хирургический архив, 1930, т. 20, кн. 3-я.
Эдельберг Г. В., Психотерапия, в кн.: Руководство по женским болезням проф. Л. И. Кривского, Л., III, 1926.
Эдельштейн А. О., Генез и структура ятрогений, Советский врачебный сборник, 1947, в. 9.
Эпштейн Д. Я., Душа туберкулезного в освещении художественной и научной литературы, Киев, 1920.
Эпштейн Ф. Ц. и Лущицкий В. О., Практическая ценность метода косвенной рентгенотерапии при некоторых заболеваниях кожи, Казанский медицинский журнал, 1936, в. 7.
Яковенко, Об истерической лихорадке, Невропатология и психиатрия, 1905, № 3—4.
Яковлева Е. К., Психогигиена и психотерапия больных с последствиями закрытых травм мозга, Авторефераты научных работ Психоневрологического института имени Бехтерева, 1946.
Яковлева В. В., Экспериментальный невроз при свободной двигательной деятельности собаки, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 6.
Янишевский А. Е., Истероидные явления при sclerosis disseminata, Труды Общества невропатологов и психиатров при Саратовском университете, т. 1, 1927.
Яновский М. В., Курс общей терапии внутренних болезней, 4-е изд., 1923.
Янушкевич И. Л., Гипнотизм, Реальная энциклопедия медицинских наук, т. 4, 1892.
Ясинский В. и Картамышев А., Лейкоцитоз при эмоциональных состояниях, Современная психоневрология, 1930, № 12.

Иностранная

Bernheim H., De la suggestion et de ses applications à la therapeutique, Paris, 1888.
Bernheim H., Hypnotisme et suggestion, Paris, 3-me édition, 1910.
Bloch B., Ueber die Heilung d. Warzen durch Suggestion, Klin. Wschr., 1927, N. 48—49.
Bonjour, L'Influence de la suggestion dans 4 cas de pellade, La presse med., 1925.
Braid James, Neurohypnologie, London, 1883; Paris, 1843.
Bratz, Die affectepileptischen Anfälle der Neuropathen, Wschr. f. Psych., 1911, Bd. XXIX.
Bunemann, Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1924, Bd. 88.
Burdon Charles, Etude sur la staso-basophobie, de Lille, 1904.
Gestan R., Les epilepsies, 1922.
Delhougne u. Hansen, Dtsch. Arch. klin. Med., 1927, Bd. 157.
Demole, Revue neurol., 1927, No. 6.

Deutsch u. Kauff, Zschr. f. d. ges exp. Med., 1923, Bd. 60.
Eichelberg, Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk, 1921, Bd. 68—69.
Erikson, The induction of color blindness by a technique of hypnotic suggestion, Journ. Psychol., 1939, 20, 61, 89.
Esquieol, Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal, Paris, 1858.
Féré Ch., La pathologie des emotions, Paris, 1892.
Flurnoy H., Epelepsie émotionelle, Arch. de psychol., 1913, t. XIII, No. 49.
Gessler u. Hansen, Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1927, Bd. 10.
Glaser, Psychische Beeinflussung des Blutserum Kalkspiegels, klin. Wschr., 1924, N. 33.
Glaser, Med. klin., 1924, N. 10.
Gowers, System of Medicine, London, 1910.
Grafe u. Mayer, Wiener klin. Wschr., 1925, N. 12.
Grumach, Ueber Suggestivbehandlung von Warzen, Münch. med. Wschr., 1927, N. 24.
Heyer, Klin. Wschr., 1923, Bd. 2.
Heilieg u. Hoff, Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1923, Bd. 86.
Heiliegu. Hoff, Klin. Wschr., 1923, No. 46.
Heilieg u. Hoff, Beitrag z. hypnotischen Beeinflussung der Magenfunktion, Med. Klin., 1925, N. 5.
Heilieg u. Hoff, Algem. Zschr. f. Psych., 1928, N. 3.
Heyer G. R., Psychogenese u. Psychotherapie körperlicher Symptome. Herausgeg. v. Osw. Schwarz. Psychogenes Funktionst. des Verdaungstraktes, 1925.
Hoff u. Wermer, Klin. Wschr., 1925, N. 8.
Hoff u. Wermer, Klin. Wschr., 1928, N. 8.
Joltrain E., L'émotion, facteur de désqéuilibre humoral, Presse méd. Juin, 1933.
Kirschenberg, Die Veränder. d. Blutviskosität während der Hypnose. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1925, Bd. 41.
Köhler S. u. Behr M., Ueber suggestives Injectionsfieber bei Phtisiker, Dtsch. Zschr. f. klin. Med., 1905, Bd. 2.
Kohnstamm u. Eichelberg, Zschr. f. Nervenheilk., 1921, Bd. 68—69.
Langheinrich, Münch. med. Wschr., 1922, N. 41.
Liebault, Du sommeil provoque et des etas analogues, Edit. 1, 1866; édit. 2, 1889.
Lumiere Auguste, Rolede facteur émotifs dans les troubles fonctionnels et les affections organiques, Presse med., 1928, Aut. 8.
Levy — Suhl, Die hypnotische Heilweise u. ihre Technik, Berlin, 1922.
Marcus u. Sahlgreen, Munch. med. Wschr., 1923, N. 10.
Mohr R., Münch. med. Wschr., 1921, Bd. 61.
Sarbo, Ueber hysterische Fiber, Arch., f. Psych. 1891, Bd. 23.
Smirnoff Donate, Revue de l'Hypnostisme, 1909, No. 6.
Strumpell, Ueber das sogen. hyst. Fieber, Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk., 1906, H. 3—4.
Thoma Ernst, Ueber hysterische Symp. bei organischen Hirnerkrank., Allg. Zschr., f. Psych., 1918, Bd. 60, H. 4.
Touluse et Vurpias, Revue neur., 1906, p. 514.
Weber E., Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper, 1910.
Wisch I. M., Anwengung der Hypnose bei psoriasis, Dermatol. Wschr., 1935, Bd. 100, No. 8.
Vigouroux, Etat mental dans les tumeurs cerebrales, Revue de Psych., 1903, No. 5.
Voisin, Emploi de la suggestion hypnotique dans les certaines forme de'alienation mentales, 1897.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Платонов Константин Иванович
СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Редактор *Е. Ф. Полежаев*
Техн. редактор *Ю. С. Бельчикова*
Корректор *О. А. Лосой*
Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сдано в набор 25/IV 1956 г. Подписано к печати 26/X 1956 г. Формат бумаги $70 \times 108^1/_{16}$ = 13.5 бум. л. 36,99 печ. л. +1,03 печ. л. вкл. 36,77 уч.-изд. л.
Тираж 7000 экз. Т 09270 ММ-71.

Медгиз, Москва, Петровка, 12

Зак. 1668. Министерство культуры СССР Главное управление полиграфической промышленности. Первая Образцовая типография имени А. А. Жданова, Москва, Ж-54, Валовая, 28.

Цена 18 р. 75 к. Переплет 2 руб.

Отпечатано в 3-й тип. Медгиза.
Москва, Солянка, 14. Зак. 1